

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1970

N°

10

T H E S E

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bechir MEKNINI

né le 12 octobre 1939 à Sousse (Tunisie)

Interne C.H.U. de Strasbourg

Etude de 42 cas d'ulcéro-cancers

(Recueillis dans un ensemble comprenant 1088 ulcères gastriques
et 594 cancers gastriques.)

Travail effectué dans le Service du
Professeur A. LAMBLING Hôpital Bichat. - Paris.

Président: M. J.J. BERNIER, Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1970

N°

T H E S E

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Bechir MEKNINI

né le 12 octobre 1939 à Sousse (Tunisie)
Interne C.H.U. de Strasbourg

Etude de 42 cas d'ulcéro-cancers

(Recueillis dans un ensemble comprenant 1088 ulcères gastriques
et 594 cancers gastriques.)

Travail effectué dans le Service du
Professeur A. LAMBLING Hôpital Bichat. - Paris.

Président: M. J.J. BERNIER, Professeur



A MA MERE,

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

A MA FEMME,

A TOUS LES .MIENS,

ET A TOUS MES AMIS.

A MON MAITRE,

Le Professeur André LAMBLING,

- qui nous a fait le grand honneur de nous confier et guider ce travail.
- qu'il trouve ici l'expression de notre sincère attachement et de notre respectueuse gratitude pour le remarquable enseignement qu'il nous a prodigué.

A Monsieur le Professeur BERNIER,

- qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
- qu'il veuille trouver ici le témoignage
de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jacques CAROLI,

- qui nous a fait profiter de son enseignement lors de notre stage d'externe dans son Service.
- Nous lui exprimons ici notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre OUDET,

- qui a bien voulu nous accueillir
dans son service et nous initier
à la pneumo-phthysiologie.

A Monsieur le Docteur Y. LEQUINTREC - médecin des hôpitaux.
A Monsieur le Docteur J.P. BADER - médecin des hôpitaux.
A Monsieur le Docteur M. THOMAS - chef de clinique assistant.
A Monsieur le Docteur M. SMADJA - chef de clinique assistant.
A Monsieur le Docteur POTET - Attaché à l'hôpital Bichat.
A Monsieur le Docteur ALOUI - Attaché à l'hôpital Bichat.
A Monsieur le Docteur J. MOMBET - Attaché à l'hôpital Bichat.

En remerciement pour leurs précieux
conseils au cours de notre stage en
gastro-entérologie.

A TOUS NOS AMIS DU PAVILLON LAENNEC
ET DE L'INTERNAT.

INTRODUCTION

Le cancer de l'estomac apparaît en France comme aussi fréquent que l'ensemble des autres cancers digestifs. Sur le plan clinique il s'en distingue par certaines particularités qui permettent dans certains cas d'en faire le diagnostic à un moment encore très favorable de son évolution. En effet si dans leur ensemble, quelque soit leur siège ces cancers se traduisent cliniquement par des symptômes peu caractéristiques : dysphagie pesanteur diarrhée ou constipation qui ne font qu'exprimer le mode de réaction habituel de l'organe sur lequel ils se développent, le cancer de l'estomac est le seul à donner lieu dans un pourcentage relativement élevé de ses cas, à un syndrome douloureux qui ne peut pas ne pas attirer l'attention puisqu'il évoque le diagnostic d'ulcère gastro-duodéal.

Une distinction est cependant à faire entre les cancers habituels et les cancers douloureux. Celle-ci outre des critères cliniques, radiographiques et évolutifs, repose sur des faits anatomiques réels. En effet, en 1948, notre maître le professeur Lambling dans la thèse de Guillard mettait en évidence par une étude clinique et statistique, l'allure évolutive de deux types de cancers gastriques.

- Le "cancer habituel" donnant lieu à des troubles dyspeptiques imprécis, s'accompagnant d'une altération de l'état général, d'évolution courte, liés à une lésion anatomique végétante ou ulcéro-infiltrante.

Les cancers douloureux survenant chez un sujet plus jeune d'allure pseudo-ulcéreuse, d'évolution plus longue, liés anatomiquement à une ulcération et qui peuvent être distingués en :

- cancer ulcérimforme,
- cancer muco-érosif,
- ulcéro-cancer,

l'ensemble de ces cancers représentant plus du quart des cancers gastriques.

Nous limiterons notre étude à l'ulcéro-cancer déjà noté par Cruveilhier lui-même et qui depuis lors a été l'objet d'innombrables travaux. Sa fréquence a été estimée depuis le début de ce siècle d'une façon des plus variables puisqu'aux deux extrêmes certains auteurs affirmaient qu'il était l'évolution normale de l'ulcère de l'estomac et que d'autres soutenaient qu'ils n'en avaient jamais constaté de cas.

A l'hypothèse selon laquelle la transformation cancéreuse serait la conséquence immédiate d'un long processus d'irritation locale, s'ajoute celle de Lambling, selon laquelle cette transformation maligne serait l'expression d'une lésion "révélée" et "focalisée" sur un terrain prédisposé, par la maladie de Cruveilhier, et ce, chez beaucoup de malades à l'âge de la plus grande fréquence du cancer.

MATERIEL D'ETUDE ET METHODES

a) Cette étude des ulcéro-cancers a été réalisée dans le service du professeur A. LAMBLING où nous avons étudié le nombre total d'ulcères et de cancers gastriques collectés durant une même période, et ainsi avons-nous pu établir une étude comparative sur la fréquence de l'ulcéro-cancer - le nombre d'ulcères gastriques retrouvés dans ces conditions a été de 1038, celui du cancer gastrique est de 594, et celui de l'ulcéro-cancer de 49.

Partant de données anatomo-pathologiques précises, nous avons réuni ces 49 cas d'ulcéro-cancers dûment authentifiés histologiquement dans tous les cas. Parmi ces 49 cas, 42 ont été l'objet d'une étude complète sur le plan clinique, radiologique, opératoire et histologique. Par contre le tubage gastrique et la gastroscopie n'ont été pratiqués que dans un petit nombre de cas. Pour les 7 autres cas il s'agissait d'observations cliniquement incomplètes, mais concernant des malades opérés, le diagnostic histologique ayant été toujours confirmé.

Nous insisterons sur le caractère homogène de cette étude l'unité dans la surveillance des malades par une même équipe sur le plan :

clinique,
radiologique,
biologique et endoscopique,
opératoire et anatomo-pathologique.

b) Après avoir exposé brièvement les observations dont nous avons disposé, notre étude s'efforcera :

- 1°) d'analyser les symptômes ainsi recueillis,
- 2°) d'étudier et de dégager les arguments qui ont pu amener à porter le diagnostic, qu'il s'agisse de modifications cliniques, de signes radiologiques ou gastroscopiques, de résistance à la thérapeutique ou de complications.
- 3°) d'étudier les thérapeutiques chirurgicales pratiquées et leurs résultats.

ETUDE DES 42 OBSERVATIONS D'ULCERO-CANCER.

Observation n° 1, dossier 5341.

Monsieur COU... Hercule âgé de 69 ans entre dans le Service le 27.3.1952 pour un syndrome ulcéreux persistant. Le malade a présenté en 1948 un syndrome ulcéreux typique. Les radiographies gastriques ont confirmé le diagnostic d'ulcère de l'angle. Le traitement institué a été efficace. En 1950 reprise du syndrome douloureux et à la radio persistance de la niche. Un nouveau traitement a amené une amélioration fonctionnelle mais la niche persiste. Le tubage gastrique pratiqué à cette date a montré une achlorhydrie. Le malade a été hospitalisé le 7.3.1957 dans le service du Professeur HEPP pour un syndrome occlusif subaigu traité médicalement, puis une deuxième hospitalisation en chirurgie pour un syndrome abdominal avec méloena. Le transit gastrique a montré une importante opacité gastrique. Le 10.4.1957, intervention: on pratique une gastrectomie. Les suites opératoires bonnes. A l'examen histologique de la pièce opératoire : ulcère perforé et transformé. Le malade est décédé le 11.11.1959 par suite de récidives.

Observation n° 2, dossier 4298.

Monsieur EMI... Charles âgé de 48 ans consulte en 1950 pour des troubles dyspeptiques et altération de l'état général. Début des troubles en captivité en 1942 : syndrome ulcéreux atypique depuis plusieurs crises en 1945-48- en juin 1949 nouvelle poussée douloureuse non calmée par le traitement.

Les radiographies digestives ont montré une image de ménisque. La gastrectomie fut pratiquée en Juillet 1949. Les suites opératoires furent bonnes. Depuis novembre 1949, altération de l'état général et troubles dyspeptiques. Les radiographies du 5.1.1950 montrent un reflux dans l'anse afférente. La gastroscopie faite le 16.10.1950 a montré des signes de stomite sans lésion. Des radiographies faites en décembre 1950 montrent une dilatation sous stomique. Devant l'altération de l'état général et la persistance des troubles l'intervention est décidée. On fait une gastrectomie. L'histologie a fait le diagnostic d'ulcéro-cancer. Depuis l'intervention le malade n'a pas été revu.

Observation n° 3, dossier 3039.

Monsieur DAB... Maurice âgé de 56 ans est adressé le 21.12.1946 pour un syndrome ulcéreux typique. Le début des troubles remonte au mois de juin 1946. Les radios du 13.12.1946 ont montré une image suspecte au niveau de l'antra. Les clichés faits 15 jours plus tard font le diagnostic de malignité au niveau de l'antra : niche encastrée.

Le malade est opéré le 17.1.1947 : à l'intervention : tumeur du pied de la P C. Une gastrectomie large type pean est pratiquée. Les suites opératoires étaient bonnes. Un tubage gastrique pratiqué après l'intervention du 26.2.1947 montre une hyperchlorhydrie importante. A partir de 1950, le malade présente un meloena intermittent et en septembre 1950 : un ictère généralisé. Les radiographies du 16 octobre 1950 montrent une dilatation avec incontinence du cardio-oesophage dont le bord droit est irrégulier et déformé. Le malade est décédé le 7.11.1950. A l'autopsie : une masse néoplasique gastrique entourant la face postérieure du moignon atteignant le pédicule hépatique et le foie.

Métastases. A l'examen histologique de la pièce : ulcéro-cancer.

Observation n° 4, dossier 11 800.

Madame SAR... Céline âgée de 73 ans entre dans le service le 11 mars 1965 pour un bilan de R C H et d'un ulcère de la portion verticale de la P C. Le début des troubles remonte à 1940, depuis plusieurs poussées de R C H en juin 1963 syndrome ulcéreux typique. Les radiographies gastriques ont confirmé le diagnostic. Un traitement anti-ulcéreux a amélioré la malade. De mars 1965 à mars 1968 plusieurs poussées de R C H.

En avril 1965 : cholecystectomie pour empiètement chole-docien. Poussée de R C H et hématomène. Les radiographies gastriques montrent une convergence des plis sur un spicule résiduel. Au tubage gastrique, on note une hypochlorhydrie. L'intervention est décidée le 13.5.1965 : la malade est décédée sur table opératoire. A l'examen histologique de la pièce : ulcération du cardia et sur la P C à 4, 5 cm du pylore aspect d'ulcère cicatriciel avec plis radiés. Le diagnostic histologique est celui d'ulcéro-cancer.

Observation n° 5, dossier 10 080.

Monsieur GOU... Roger âgé de 59 ans est hospitalisé en juin 1960 pour un syndrome ulcéreux typique. Les radiographies d'estomac montrent une dysmorphocytose du corps de l'estomac. L'intervention est faite le 21 juin 1960. Le diagnostic opératoire : volumineuse tumeur du corps de l'estomac. Une gastrectomie totale est pratiquée. A l'examen histologique : ulcéro-cancer. Les suites opératoires furent bonnes,

En avril 1968, le malade revient dans le service pour une altération de l'état général, dysphagie, syndrome postural. Au radiocinéma : troubles fonctionnels, dyskinésie jéjunale au niveau de l'anastomose au tubage gastrique : achlorhydrie. Le malade sort le 6.12.1968. Depuis il est perdu de vue.

Observation n° 6, dossier 6 788.

Monsieur LAL... Gabriel âgé de 52 ans entre dans le service le 22 mai 1954 pour un syndrome douloureux épigastrique. Apparition en janvier 1953 d'un syndrome ulcéreux atypique. En mai 1953 syndrome abdominal aigu et l'on découvre un ulcère perforé qu'on suture. Nouvelle poussée douloureuse en décembre 1953 et en avril 1954. On pratique des radiographies d'estomac : curieuse image hémisphérique à convexité saillante près de l'angle de la P C , large amputation de la grande courbure correspondante. A la gastroscopie : masse grisâtre dans une zone noirâtre, le tout barbouillé de glaire et de sang. L'intervention est proposée pour image anormale et persistance de la douleur. A l'intervention : tumeur gastrique autour d'un ulcère anciennement perforé. Sur la face antérieure près de la P C, impression de malignité. Une gastrectomie subtotale élargie est faite. L'examen histologique fait le diagnostic d'ulcéro-cancer. Les suites opératoires sont bonnes. Depuis, le malade est perdu de vue.

Observation n° 7, dossier 5 845.

Monsieur LAC... Kleber âgé de 49 ans entre dans le service le 5.1.1953, pour un ulcère gastrique. Le début des troubles remonte en avril 1952 : syndrome ulcéreux atypique. Les radiographies d'estomac

pratiquées à cette date montrent un ulcère de la P C H. Un traitement anti-ulcéreux est institué. Depuis novembre 1952, douleurs continues. Les radiographies du 9.1.1953 montrent une image de dilatation entre deux rétrécissements. Le 25.1.1953 passage en chirurgie et intervention le 30.1.1953 : volumineux ulcère probablement du bulbe débordant vers le pylore. Une gastrectomie type finsterer est faite.

A l'examen histologique ulcéro-cancer. Les suites immédiates sont bonnes. En août 1955 : ictère par rétention opéré en septembre 1955 où l'on découvre un cancer du pancréas, une énorme vésicule, une dérivation biliaire est pratiquée. Le malade est décédé en avril 1956.

Observation n° 8, dossier 5776.

Monsieur BEC... Roger âgé de 55 ans entre dans le service le 20 novembre 1952 pour un syndrome ulcéreux typique évoluant depuis 5 ans. Appendicectomie en 1958. Depuis un an syndrome douloureux épigastrique. Le 15.1.1952 on découvre un ulcère de la face sous angulaire. Un traitement anti-ulcéreux institué entraîne une amélioration clinique et radiologique. En septembre 1952, reprise des douleurs et nouvelle série de clichés le 27.9.1952 qui montre la persistance de l'image ulcéreuse. Une gastroscopie faite le 10.11.1952 montre une grosse ulcération de la face antérieure de l'antra très creusée, à fond gris, à bords épais un peu goudronnés, épithélioma à réséquer. L'intervention est faite le 1.12.1952 : lésion de l'angle de la P.C. qui apparaît comme à les caractères d'un ulcère. Pas d'adenopathie. On fait une gastrectomie large type finsterer. L'histologie a révélé un ulcéro-cancer. Les suites opératoires sont bonnes. Depuis le malade est perdu de vue.

Observation n° 9, dossier 4557.

Monsieur MON... Victoire âgé de 60 ans entre dans le service le 24.10.1950 pour un syndrome ulcéreux. Le début remonte à 1937. Dernière poussée douloureuse en juillet, plus intense et plus prolongée. Les radiographies de 1946 et 48 ont révélé un ulcère sus angulaire. Les clichés du 25.9.1950 et 3.10.1950 ont montré une niche atypique de la P C : image suspecte. La gastroscopie faite le 23.10.1950 révèle un épithélioma infiltrant à gros bourrelets latéraux avec ulcération centrale en gouttière de la P C dépassant l'angle vers l'antra. L'intervention est faite le 13.11.1950 : lésion de l'angle de la P C ressemblant à un ulcère. Pas de métastases hépatiques. On pratique une gastrectomie type finsterer. A l'examen histologique : ulcère dégénéré sus angulaire. Les suites opératoires sont mauvaises. Le 8.1.1951 : dumping syndrome. Troubles dyspeptiques en septembre 1956 et les radiographies du 1.1.1956 montrent une hernie hiatale avec reflux oesophagien important. Depuis le malade est perdu de vue.

Observation n° 10, dossier 5006.

Madame MAR... Léonie âgée de 68 ans suivie dans le service depuis 1948 entre dans le service en février 1953 pour des crises douloureuses de l'hypochondre droit. En décembre 1951 syndrome ulcéreux atypique avec amaigrissement de 5 kg. Les radiographies d'estomac pratiquées à cette date montrent un ulcère pylorique et au tubage gastrique une hypochlorydrie avec léger reflux. Le traitement anti-ulcéreux améliore la malade qui reprend 5 kg en 2 mois. En mars 1952, la niche ulcéreuse est encore visible mais disparaît sur une nouvelle série en avril 1952. En octobre 1952, la malade présente une crise

douloureuse de l'hypochondre droit, amaigrissement de 7 kg en un an. La cholecystographie est normale. Au tubage duodenal pas de bile B. En février 1953, altération de l'état général, palpation d'une masse médiane sous ombilicale ovoïde. Les clichés du 21.2.1953 montrent un aspect néoplasique dans la région pylorique : rigidité antrale et de la P C avec ulcération du pylore. A l'intervention faite le 17.3.1953 : légère ascite, pas de métastases, gros ganglions du pédicule hépatique : on pratique une gastrectomie type finsterer. A l'examen histologique : ulcéro-cancer. La malade est décédée le 22.3.1953.

Observation n° 11, dossier 4503.

Madame DEL... Marie âgée de 76 ans entre dans le service en janvier 1952 pour un syndrome douloureux épigastrique. En 1946, elle présente des crises de coliques hépatiques et une cholecystectomie est faite. Brûlures épigastriques depuis quelques années. En 1950, on note une accentuation des troubles. Un tubage gastrique pratiqué en décembre 1950 montre une hyperchlorhydrie et un reflux duodenal. En mai 1951 modification des douleurs. Les radiographies gastriques montrent une lésion ulcéreuse très marquée du bord gauche de l'antra pylorique avec infiltration de la P C à la base de la niche. La gastroscopie du 3.12.1951 répond ulcère suspect de l'angle de la P C. Des nouveaux clichés du 6.12.1951 montrent sur certains clichés une image de ménisque. La malade est opérée le 30.1.1952 : gastrectomie des 3/4. Les suites opératoires sont satisfaisantes. A l'examen histologique : ulcère transformé. En juillet 1952, altération de l'état général, troubles dyspeptiques. La malade est décédée le 6.10.1952.

Observation n° 12, dossier 6595.

Monsieur BAL... Louis âgé de 48 ans entre dans le service le 28.3.1958 pour brûlures post-prandiales et syndrome de petit estomac. Le début des troubles remonte en 1946, le malade présente un syndrome douloureux épigastrique ayant duré un mois. En janvier 1954, nouvelle poussée douloureuse : douleur calmée par les alcalins et les aliments. Un amaigrissement de 2 kg en un an. Les radios du 14.1.1954 montrent une niche de la P C sus angulaire en forme de brioche. Le traitement soulage le malade, la niche a considérablement diminué mais n'a pas disparu. La gastroscopie faite à cette date montre un ulcère net de la face antérieure au 1/3 inférieur du fundus. Des clichés faits un mois plus tard montrent la persistance de la niche sous la forme d'une minime saillie. Un traitement anti-ulcéreux est continué et nouvelle série de clichés le 15.6.1954 révèlent une niche plus volumineuse qu'en mars et morphologiquement modifiée. Une nouvelle gastroscopie montre un ulcère banal de l'angle gastrique. Au tubage gastrique du 28.6.1954 on note une normochlorhydrie. L'intervention est décidée devant la reprise des douleurs et la persistance de l'image. Intervention le 9.7.1954; gastrectomie type péan . A l'histologie : gros ulcère de Cruveilhier largement étendu en profondeur et caractéristique -épithélioma extrêmement limité encore intra-muqueux et que l'on peut considérer comme secondaire à l'ulcère.

Le malade revient en janvier 1958 pour syndrome de petit estomac et un amaigrissement de 4 kg depuis octobre 1957. Les radiographies de janvier 1958 montrent une grosse gastrite du moignon et la gastroscopie du 31.3.1958 : une stomite oedemateuse. Sous traitement on note une amélioration de l'état général. En juillet 1958, il présente

un syndrome gastritique et du 15 au 29 septembre deux épisodes sub-occlusifs. Le 8.10.1958 brutalement coma hypoglycémique. Il est décédé le 9.10.1958. A l'autopsie : ascite, métastase hépatique, un bloc gastro-duodeno-pancréatique très remanié par du tissu cancéreux. Il semble être une néoplasie pancréatique.

Observation n° 13, dossier 6106.

Monsieur GIM... Roberto âgé de 38 ans entre dans le service le 15 avril 1953 pour un syndrome ulcéreux atypique. Depuis 1946, le malade se plaint de douleurs épigastriques non rythmées par les repas et calmées par les alcalins. Un traitement anti-gastritique a été institué. En 1951 coliques néphrétiques droites, en février 1953, douleur constrictive de siège abdominal avec vomissement et intolérance alimentaire absolue. Les radiographies pratiquées en avril 1953 montrent une petite encoche sur la P C verticale. En juillet 1953, nouvelle série de radiographies : niche à menisque de la P C verticale. L'intervention est faite en juillet 1953 : masse tumorale de la partie moyenne de la P C. On fait une gastrectomie suspendue. Les suites opératoires sont bonnes. A l'histologie : ulcéro-cancer. Le malade est revu en juin 1956 : bon état général. Depuis, non revu.

Observation n° 14, dossier 2361.

Monsieur GUY... Joseph âgé de 68 ans est adressé au service le 2 novembre 1948 pour une niche en menisque de la portion horizontale de la P C. Le malade est hospitalisé pour un traitement d'épreuve et bilan pré-opératoire. Le début des troubles remonte à 15 mois par troubles dyspeptiques. Il y a un mois, apparition d'un syndrome

ulcéreux atypique. Les clichés de septembre 1947 n'avaient pas montré d'image pathologique. Un traitement à base de poudre a été institué. Les clichés du 18.10.48 montrent une énorme niche en menisque de la P C horizontale. La gastroscopie du 8.11.1948 n'a pas pu voir la lésion. Un tubage gastrique du 12.11.1948 a montré une courbe d'acidité libre et totale normale. Une nouvelle série du 17.11.1948 montre le même aspect d'polymitose. L'intervention est décidée : elle montre un gros néoplasme du pied de la P C, une gastrectomie totale est réalisée. Le malade sort en décembre 1948. A l'histologie on fait le diagnostic d'ulcéro-cancer. Le malade a été perdu de vue depuis la sortie.

Observation n° 15, dossier 4475.

Madame GAG... Maria âgée de 69 ans entre dans le service le 16.10.1950 pour bilan pré-opératoire. La malade consulte en 1950 pour une longue histoire digestive récemment modifiée et aggravée - à l'âge de 30 ans - dyspepsie hyposthenique. Il y a trois ans, douleur épigastrique haute calmée par un traitement. Il y a deux ans nouvelle poussée douloureuse de siège épigastrique et en juillet 1950 syndrome douloureux épigastrique avec anorexie globale, une altération de l'état général et trouble du transit, un amaigrissement de 3 kg depuis juillet. Le 20 octobre 1950 douleur épigastrique, petite tumeur non douloureuse mobile sous la peau. Les radiographies du 6.10.1950 montrent une image de cratère ulcéré prépylorique sur la P C. L'intervention est faite le 3.11.1950 : lésion très probablement polymitosique prépylorique. Une gastrectomie large type finsterer est pratiquée. Les suites opératoires sont médiocres. A l'examen histologique de la pièce : ulcère du pylore secondairement transformé, métastases dans le ganglion épiploïque.

En juin 1956, la malade présentait des métastases vertébrales.
Depuis, perdue de vue.

Observation n° 16, dossier 10 332.

Madame BES... Hélène âgée de 57 ans entre dans le service le 21.2.1962 pour un syndrome ulcéreux incomplet. Le début des troubles remonte en avril 1961 : douleur abdominale diffuse post-prandiale calmée par la position à plat ventre. En novembre 1961 la malade consulte et un traitement symptomatique est institué et qui n'améliore pas la malade. Le 9.2.1962, les clichés d'estomac montrent une ulcération de face de la région pré pylorique dont les caractères dysmorphocytaires sont évidents : large ulcération à bords irréguliers, cernée d'un bourrelet épais. A l'intervention du 27.2.1962 : lésion centrale se présentant comme une formation tumorale de la P C de l'antré pré pylorique. Dissémination ganglionnaire dans tablier épiploïque le long de la coronaire et l'hépatique. Pas de métastases. On fait une gastrectomie très large avec anastomose gastroduodenale. Les suites opératoires sont excellentes. A l'histologie : 2 ulcérations. Un ulcéro-cancer avec envahissement de la périphérie et du bas fond de l'ulcère, et sur la face antérieure, un cancer superficiel stade 2 centré par une ulcération aiguë. Le malade est réhospitalisé en décembre 1966 pour ictère généralisé évoluant depuis deux mois, une altération de l'état général avec amaigrissement de 5 kg depuis septembre 1966. On palpe une masse abdominale sous costale droite, hépatomégalie. L'intervention est faite le 16.12.1966 : tumeur de la région de Luschka : cancer secondaire du hile. On pratique une anastomose cholecysto duodénale. Pas de nouvelles depuis l'intervention.

Observation n° 17, dossier 3041.

Monsieur BOU ... Edouard âgé de 64 ans entre dans le service le 7.10.1946 pour syndrome ulcéreux atypique.

- Le début des troubles remonte à septembre 1946. Douleurs épigastriques à type de crampes rythmées par les repas, non calmées par les aliments, survenant 3 h après le petit déjeuner et tous les jours depuis cinq semaines. Amaigrissement de 5 kg en 6 mois. Les radiographies pratiquées en octobre 1946 montrent une niche volumineuse en plateau avec bourrelet siégeant à l'angle de la P C. Malgré un traitement, persistance des douleurs. L'intervention est décidée le 21.12.1946 : Le diagnostic opératoire est celui d'ulcère de la P C, on pratique une gastrectomie type pean. Les suites opératoires sont bonnes. A l'histologie : ulcère transformé. De 1947 à 1957, le malade va bien en dehors de quelques pesanteurs post-prandiales. Il revient dans le service en novembre 1957 pour asthénie, vomissement, somnolence post-prandiale. Les radiographies de décembre 1957 étaient normales en dehors d'une béance du cardia. Il sort début janvier 1958. Actuellement le malade est encore en vie.

Observation n° 18, dossier 5506.

Monsieur TOS... Robert âgé de 65 ans entre dans le service le 28.5.1952 pour des troubles digestifs d'apparition récente. Il y a un mois, syndrome ulcéreux atypique, amaigrissement de 3 kg en 2 mois anorexie aux viandes. Les radiographies gastriques du 13.5.1952 puis le 29.5.1952 montrent un menisque de la partie horizontale de la P C avec irrégularité antrale. Le tubage gastrique montre une hyperchlorhydrie et un reflux. La gastroscopie ne n'est pas prononcée. Un traite-

ment d'épreuve est entrepris le 10.6.1952 entraînant une disparition des douleurs. Mais sur les radios du 2.7.1952, persistance d'une niche volumineuse. On décide alors l'intervention le 3.7.1952 : lésion gastrique à type d'ulcère volumineux siégeant sur la P C. Le diagnostic de la lésion est en suspens. On fait une gastrectomie des 2/3 type finsterer. A l'examen histologique ulcère transformé. Les suites opératoires satisfaisantes. Le malade est revu le 22.9.1958 pour amaigrissement de 3 kg en 3 mois, asthénie, somnolence post-prandiales. Les radiographies étaient normales. Le malade est perdu de vue depuis.

Observation n° 19, dossier 10.359.

Madame CAB... Annette âgée de 77 ans entre dans le service le 31.1.1962 pour une anorexie.

Depuis 4 ans syndrome ulcéreux incomplet s'accompagnant d'anorexie importante, un amaigrissement de 16 kg et une constipation chronique. Les derniers mois accentuation des troubles, douleurs plus fréquentes, anorexie globale. Les radiographies d'estomac du 6.2.1962 montrent une sténose pylorique avec estomac atone. Le 9.2.1962, au lavage gastrique : un liquide noirâtre, non sanglant. Une nouvelle série de radios faite le 16.2.1962 montre une image de polypose antropylo-rique. L'intervention est pratiquée le 13.3.1962. Elle fait le diagnostic d'ulcère pylorique, une gastrectomie des 2/3 type pean est réalisée. A l'examen histologique : ulcéro-cancer. Les suites opératoires sont bonnes. La malade est revue le 6.3.1963, depuis elle est perdue de vue.

Observation n° 20, dossier 10 440.

Monsieur SAI... Louis âgé de 62 ans entre dans le service pour ulcère de la P C horizontale rebelle au traitement posant le problème d'une intervention . Dans les antécédents familiaux on note une mère décédée d'un cancer gastrique, soeur opérée pour ulcère. Depuis 1930, syndrome ulcéreux typique. Les radiographies gastriques avaient montré un ulcère de la P C. Le traitement calme la douleur. Le malade a fait plusieurs poussées douloureuses; en 1933 et 1943 persistance de l'ulcération. Puis de nouvelles poussées en 1947 et 1951. Depuis 1955 récurrence douloureuse tous les ans. En 1960 cholecystectomie pour lithiasé vésiculaire. Nombreuses crises de coliques hépatiques depuis 1950.

En 1962, poussée douloureuse accompagnée d'un amaigrissement de 6 kg en 1 an. Les radiographies gastriques montrent une persistance d'un gros ulcère type Cruveilhier à la face antérieure de l'antre. Un tubage gastrique fait le 12.4.1962 note une normochlorhydrie et un reflux biliaire. L'intervention est décidée avec le diagnostic de néoplasme probable. Intervention le 10 mai 1962 : ulcère, plus petits nodules disséminés sur la face antérieure de l'antre et grand épiploon très suspects. On fait une gastrectomie subtotale large. A l'examen histologique : à côté de l'ulcère typique un ulcéro-cancer. Métastase ganglionnaire. Le malade est perdu de vue depuis l'intervention.

Observation n° 21, dossier 11 410.

Monsieur GAL... René âgé de 70 ans entre dans le service le 12.6.1964 pour un syndrome douloureux épigastrique. Le début des troubles remonte à un mois : brûlures épigastriques survenant 1 heure après la prise des aliments, disparaissant au repas de midi pour repren-

dre 2 à 3 heures plus tard. Les brûlures non calmées par les aliments et ayant duré 15 jours. Actuellement persistance des brûlures qui deviennent continues et soulagées par le décubitus latéral gauche. Amaigrissement de 7 kg en un mois, anorexie pour la viande, constipation opiniâtre. Les radiographies du 13.6.1964 montrent une énorme dilatation du corps et de la grosse tubérosité remplie de liquide de stase, une grosse image d'ulcération profonde sur la P C sans image de ménisque. Soupçon radiologique d'un cancer infiltrant et ulcéré de la région antrale. A l'intervention faite le 23.6.1964 : cancer antropylorique type infiltrant sans envahissement ganglionnaire, sans métastase hépatique. On pratique une gastrectomie des 2/3 type pean. A l'examen histologique : ulcéro-cancer de l'estomac avec un cancer anaplasique à petites cellules s'accompagnant d'altération de type gastrite hypertrophique géante. Les suites opératoires sont bonnes. Le malade est sorti le 10.7.1964. Il est réhospitalisé le 31.12.1964 pour altération de l'état général, anorexie, amaigrissement. A l'examen masse palpable au niveau de l'hypochondre droit. Le 11.1.1965 : subocclusion. Sur les radiographies du 16.1.1968 (radios du grêle) : existence d'un obstacle jejunal avec dilatation importante en amont. On fait une chimiothérapie et le malade quitte le service le 16.4.1965. Depuis, il est perdu de vue.

Observation n° 22, dossier 12 975.

Monsieur ROB... Serge âgé de 46 ans entre dans le service le 27 novembre 1967 pour un syndrome douloureux épigastrique. En 1959-1960, douleur épigastrique à type de brûlure, sans horaire précis ayant duré 15 jours.

Les radiographies d'estomac faites à cette date ont montré un début de niche ulcéreuse. Un traitement avait été institué. Au bout de 3 mois un contrôle radiologique était satisfaisant et le traitement arrêté. En septembre 1967, nouvelle poussée douloureuse, douleurs à type de barre calmée par les alcalins, rythmées par les repas sans périodicité nette. Accentuation des douleurs entre septembre et novembre 1967. Les radiographies faites à cette date montrent un ulcus typique de la P C verticale et remaniement de l'angle et de l'antré. Le 26 novembre 1967 : apparition d'une douleur plus vive, diffuse à tout l'abdomen, augmentée par le décubitus et la toux. L'abdomen est dur, douloureux dans son ensemble. Au toucher rectal, douleur en Douglas. Le malade passe en chirurgie et l'on intervient le 12.12.1967. A l'intervention 2 volumineux ulcères calleux de l'angle ayant subi une perforation. L'histologie répond ulcéro-cancer caractéristique avec large envahissement du fond et un ulcère bénin avec cependant quelques groupes de cellules qui paraissent néoplasiques. Le 21.12.1967 une chimiothérapie est refusée par le malade qui sort le 12.1.1968. Depuis, il n'est plus revu.

Observation n° 23, dossier 12 729.

Monsieur ALB... Gaston âgé de 47 ans entre dans le service le 6 juillet 1967 pour un ulcère gastrique rebelle au traitement médical. Le début remonte en 1963 : douleur à type de brûlures épigastriques, surtout nocturnes. Depuis 1963, le malade présente deux à trois crises par an. En octobre 1966, modification des douleurs qui sont nocturnes, plus fréquentes et rapprochées, non influencées par les aliments. En février 1967 les douleurs deviennent quotidiennes. Les radiographies gastriques montrent un volumineux ulcère de la P C verticale. Le traite-

ment anti-ulcéreux pendant un mois donne de bons résultats. Des nouveaux clichés de mai 1967 montrent la persistance de la niche mais diminuée de volume. Le 24.6.1967 modification des douleurs à type de crampes, et persistance de la niche. Un tubage gastrique du 10.7.1967 montre une normochlorhydrie. Un nouveau traitement et un contrôle radiologique fin août montre la persistance de la niche. On décide l'intervention le 18.10.1967. On note à la portion sus angulaire une altération peu large et profonde avec attraction radiaire des plis, fond de l'ulcère induré. Sur l'un des bords l'on note certaines irrégularités très discutées. On pratique une gastrectomie type pean. Les suites opératoires sont bonnes. A l'examen histologique : sur un ulcère de Cruveilhier typique il existe une prolifération néoplasique maligne, constituée essentiellement par des éléments cellulaires isolés en bague à châton et infiltrant largement les différents plans de cette paroi d'ulcère avec notamment un envahissement séreux et ganglionnaire. Le malade est revu en novembre 1968. Sur les radiographies on note une sténose anastomatique avec compression extrinsèque. Depuis pas de nouvelles.

Observation n° 24, dossier 8848.

Madame DAV... Marie âgée de 73 ans entre dans le service le 10 juin 1958 pour une image d'addition et de rigidité de la P C. Le début des troubles remonte à décembre 1957, constipation, amaigrissement de 15 kg en un an. Douleur épigastrique 2 heures après le repas. Les radiographies d'estomac du 22.5.1958 montrent un ménisque angulaire; à l'intervention du 14.6.1958 on note : une lésion un peu au-dessus de l'angle, de petit volume non adhérente au pancréas, un peu adhérente au feuillet supérieur du méso-colon. On pratique une gastrectomie type

péon. La lésion gastrique elle même n'en impose pas de façon absolue pour une lésion épithéliale. A l'examen histologique : ulcéro-cancer. La malade quitte le service et elle est revue le 7.7.1958 où l'on note un amaigrissement et un trouble du transit. Depuis elle est perdue de vue.

Observation n° 25, dossier 9115.

Monsieur BAR... Adrien âgé de 72 ans entre dans le service en juillet 1958 pour un syndrome ulcéreux typique. Le début des troubles remonte à 1945, épigastralgies à type d'arrachement calmées par les aliments. Le diagnostic d'ulcère a été porté en 1946. Un traitement de 3 mois entraîne une amélioration et disparition de l'image radiologique. Depuis 2 ans accentuation des douleurs non périodiques mais continues. Les radiographies de juillet 1958 montrent une niche encastrée volumineuse avec peut-être un début de ménisque, un aspect très anarchique des plis gastriques. Un traitement d'un mois sans résultat et les radiographies de septembre 1958 montrent la persistance de l'image d'addition avec un aspect moins anarchique des plis gastriques. Au niveau de l'oesophage diverticule, compression extrinsèque et un remaniement de type mitotique. L'intervention est décidée le 21.10.1958 précédée d'une oesophogoscopie qui a montré l'intégrité de l'oesophage.

A l'intervention du 3.11.1958 : ulcération sous cardiale sans adénopathies, sans carcinose péritonéale. On fait une gastrectomie des 3/4 avec exérèse de la portion distale du pancréas et de la rate. A l'examen histologique : ulcère de Cruveilhier transformé sans envahissement lymphatique. Les suites opératoires sont médiocres. Un tubage gastrique après intervention note une achlorhydrie. Le malade quitte l'hôpital le 20.12.58. Il est revu en novembre 1960.

Les radiographies gastriques posent le problème de récidives

car l'anastomose gastro-jéjunale paraît modifiée. De nouveaux clichés de mars 1961 montrent une gêne à l'évacuation. L'anastomose est un peu plus étroite et surtout il existe des anomalies de plissements sus et sous jacents. L'hypothèse d'une récurrence est la plus semblable mais sans certitude absolue. Non revu depuis.

Observation n° 26, dossier 8421.

Monsieur STR... Albert âgé de 57 ans entre dans le service le 25 février 1957 pour une niche de l'angle de la P C dont l'étiologie est à préciser. Pas d'antécédents digestifs jusqu'en septembre 1956 où il a présenté des vomissements alimentaires après les repas et ceci pendant cinq jours. En octobre 1956 on note un accident neurologique passager de type vasculaire. En janvier 1957, vomissements, amaigrissement et intolérance alimentaire. Les radiographies du 18 janvier 1957 montrent une grosse niche de l'angle de la P C et un bulbe d'aspect ulcéreux. Un traitement anti-ulcéreux est institué et de nouveaux clichés en février 1957 montrent une diminution considérable de la niche qui persiste néanmoins. Au tubage gastrique, fait à cette date, on note une hyperchlorhydrie de débit. Le traitement anti-ulcéreux est continué puis une nouvelle série de clichés du 11.5.1957 montrent une niche de l'antra très nettement visible peut-être un peu plus volumineuse qu'en février. La gastroscopie du 27.5.1957 conclut à un ulcère de Cruveilhier, volumineux de la région angulaire. Après un traitement, le malade est revu le 8.7.1957 : sur les clichés : amélioration de l'ulcère duodénal mais l'ulcère gastrique persiste. Le malade part en vacances avec un traitement et revient en octobre 1957 pour des vomissements massifs. A l'intervention faite le 18.10.1957 : ulcère unique de la région angulaire important.

On fait une gastrectomie des 2/3 type peon. A l'examen histologique : ulcère transformé. Depuis l'intervention le malade est perdu de vue.

Observation n° 27, dossier 8261.

Monsieur DE V... Alfred âgé de 46 ans entre dans le service en février 1957 pour douleur épigastrique et anorexie.

Le début des troubles remonte en août 1954. Dyspepsie hyposthénique. Les clichés pratiqués à cette date montrent un ulcère bulbaire. Un traitement est institué et a agi efficacement. En juillet 1956 nouvelle poussée douloureuse et vomissement. Un repos complet améliore les troubles. Les clichés faits en novembre 1956 montrent des signes gastro-duodénite. Un traitement anti-ulcéreux est institué sans résultat. En février 1957 le malade souffre en permanence, anorexie pour la viande. Les radiographies montrent une suspicion de cancer ulcériforme de la P C gastrique horizontale. La gastroscopie du 4.3.1957 note : à la face antérieure de l'antré et P C antrale : un cancer ulcériforme disposé en 2 étages superposés. A l'intervention faite le 28.3.1957 : lésion juxta pylorique de l'antré assez étendue avec gros ganglions coronaires hépatiques pyloriques, pas de métastase hépatique, pas de carcinose péritonéale. On pratique une gastrectomie type pean. Les suites opératoires sont bonnes. L'histologie répond ulcéro-cancer. Le malade quitte le service et consulte en 1960 : malade va bien. Depuis il est perdu de vue.

Observation n° 28, dossier 2233.

Madame JAU... Marie âgée de 60 ans entre dans le service le 15 juin 1948 pour un syndrome ulcéreux typique. On note dans les antécédents familiaux un père ayant souffert de l'estomac et un fils soigné

pour ulcère.

Le début des troubles remonte en 1944. Douleurs quotidiennes post-**pr**andiales à type de pesanteur ayant duré un mois. N'a pas souffert de 1944 à 1946. En 1946 nouvelle poussée douloureuse pendant un mois. Depuis va bien jusqu'en juillet 1947 : douleurs quotidiennes post-**pr**andiales atténuées par le décubitus à type de brûlures, calmées ces derniers temps par la prise d'aliments. On note un amaigrissement, une constipation, une anorexie à la viande et aux graisses. Les radiographies gastriques montrent une longue niche de face, de la face postérieure à sa partie moyenne. Le traitement institué est sans effet. La gastroscopie du 16.2.1948 note au-dessus du fer à cheval entrant une infiltration épaisse de la muqueuse dont la surface est mamelonnée, rigide et saignant facilement en certains points, image type polymitosique. Intervention le 25 juin 1948 : masse indurée de volume d'une mandarine au niveau de la P C verticale. Une gastrectomie totale est faite. A l'examen histologique : ulcère de Cruveilhier transformé. Deux ulcérations : une supérieure à la face antérieure au niveau de la partie haute de la P C, une inférieure à la face postérieure de l'antra. Depuis l'intervention, la malade est perdue de vue.

Observation n° 29, dossier 8044.

Monsieur GAR... Edmond âgé de 65 ans entre dans le service le 25.7.1956 pour polymitose gastrique.

Le début des troubles remonte en août 1955 : douleur basithoracique discrète durant quelques minutes, disparaissant en 15 jours. En mai 1956 : douleur épigastrique à type d'arrachement sans rythmicité ni périodicité non calmée par les aliments, un amaigrissement important.

Les radiographies gastriques du 23.6.1956 montrent une image d'addition de la P C sus angulaire, niche encastrée s'approchant de l'image de ménisque. Un traitement anti-ulcéreux fait en ville améliore les douleurs. La gastroscopie du 6.7.1956 note au-dessus de l'angle de la P C sur le versant antérieur une ulcération qui paraît fissuraire. Ulcération suspecte à resequer. Une nouvelle série de clichés du 11.7.1956 avec compression montre une niche à fond irrégulier en grande partie encastrée, elle n'a pas de barre nette à la base. L'intervention est proposée. A l'intervention en juillet 1956 : grosse niche taille de 2 francs d'aspect bronzé. Une gastrectomie élargie type finsterer est pratiquée. A l'examen histologique : ulcère transformé. Le malade est décédé le 22.8.1956 d'une embolie pulmonaire.

Observation n° 30, dossier 9373.

Monsieur GAG... Louis âgé de 68 ans entre dans le service le 13.3.1959 en vue d'intervention pour un ulcère gastrique traité depuis deux ans. Le début des troubles remonte au début 1956: crampes épigastriques sans horaire fixe, par courtes périodes de quelques jours, calmées par la prise d'aliments. Au début 1957 : exagération des douleurs, syndrome ulcéreux atypique, sans amaigrissement ni vomissement, légère anorexie pour les viandes, un traitement anti-ulcéreux améliore peu le malade. En juin 1957 nouveau traitement mais pas d'amélioration. En septembre 1957, les radiographies montrent une raideur de la P C localisée à l'angle. Un nouveau traitement est entrepris. Au cours de l'année 1958 on note un amaigrissement et en juin 1958 modification du type des douleurs, sans horaire fixe et plus vives non améliorées par le traitement. En décembre 1958, un nouveau traitement entraîne

une bonne amélioration. Les radiographies de janvier 1959 faites en ville découvrent un ménisque de la P C évoquant une polymitose. Le malade est adressé au service en vue d'une intervention. Un tubage gastrique fait en mars 1959 montre une normochlorhydrie de concentration. Une série de radiographies faite dans le service le 23.3.1959 confirme l'ulcération dysmorphocytaire de la P C sous angulaire. L'intervention est faite le 7.4.1959. On pratique une gastrectomie des 2/3 type pean. A l'examen histologique on note un ulcère de Cruveilhier transformé. Le malade est décédé à l'hôpital en juin 1959.

Observation n° 31, dossier 9210.

Monsieur BAR... Joseph âgé de 65 ans entre dans le service le 17 mai 1961 pour des douleurs épigastriques.

Le début des troubles remonte en 1955 : syndrome ulcéreux typique. En 1956 atténuation des douleurs, amaigrissement, asthénie. En juin 1957 réapparition des douleurs. Les clichés d'estomac de juin 1957 montrent un ulcère de l'angle de la P C. Un traitement ulcéreux entraîne une amélioration clinique mais non radiologique. Un nouveau traitement est sans effet. Une nouvelle série de clichés montre un aspect particulier de la région antrale. L'intervention est proposée mais refusée par le malade. En mars 1958 il est hospitalisé en chirurgie pour lithiasé vésiculaire puis une nouvelle hospitalisation en chirurgie en juin et octobre 1958 pour douleurs épigastriques, vomissement, altération de l'état général. Le malade est adressé à la consultation où des clichés sont demandés, montrant une lésion antrale formée d'une ulcération en selle asymétrique s'étendant plus sur une face que sur l'autre. Les caractères du plissement renflé en massue au contact de l'ulcération plaident en faveur d'une

dysmorphocytose. Le tubage gastrique note une normochlorhydrie de concentration. A l'intervention du 26.1.1959 : ulcération plane vers laquelle convergent de gros plis muqueux. La taille de l'ulcère atteint celle d'un petit pois. On pratique une gastrectomie des 3/4 type péan. A l'examen histologique : ulcère transformé. Les suites opératoires sont bonnes. Le malade est réhospitalisé en mai 1959 pour des douleurs épigastriques, forte oligurie, amaigrissement récent, une anémie, anorexie et douleur de l'hypochondre droit. Les radiographies gastriques ne montrent pas de lésion. La laparoscopie est normale. Fin juin 1961, le malade revient : gros foie douloureux et début juillet 1961 apparition d'un ictère faisant penser à une métastase hépatique. Le malade est décédé le 3 août 1961. A l'autopsie, cancer secondaire du foie.

Observation n° 32, dossier de ville.

Monsieur LAC..., Louis âgé de 56 ans consulte en décembre 1951. Le début des troubles remonte à 4 mois par une gêne rétrosternale à la déglutition avec régurgitation et depuis deux mois douleur épigastrique en barre survenant 2 heures après les repas. En décembre 1951, les radiographies gastriques montrent une accentuation et irrégularité des plis de la région cardio-tuberositaire. Le cardia et la région sous jacente de la P C sont suspects. La gastroscopie faite à cette date note une infiltration de l'éperon cardio-tuberositaire et une énorme infiltration de la P C haute et de la face antérieure. L'antré et le pylore sont normaux.

A l'intervention faite en janvier 1951, on note une ulcération de 3 cm de diamètre à base infiltrée sous cardiale mais envoyant des prolongements autour du cardia jusqu'à l'oesophage. A l'examen histologique :

ulcère typique avec épithélioma sur 7/10 de la circonférence. Le malade est revu 15 mois après, il allait bien. Lettre 1956, sans réponse.

Observation n° 33, dossier ville.

Madame SAU... Madeleine âgée de 47 ans consulte le 17.7.1959. En janvier 1959, apparition de crampes épigastriques tardives calmées par les poudres. Une asthénie depuis un an. Accentuation des douleurs à Pâques 1959. Les radiographies gastriques pratiquées le 13.4.1959 notent une énorme gastrite hypertrophique, une image de niche sus angulaire, niche sous cardiale. Après traitement de nouveaux clichés faits le 18.6.1959 montrent une amélioration radiologique de l'image antrale, même image de la région sous tuberositaire. Un bulbe anfractueux avec image lacunaire arrondie permanente. Un tubage gastrique pratiqué à cette date a montré une hypochlorhydrie. Le traitement est continué mais persistance des douleurs. L'intervention est proposée devant la persistance de l'image sous tubérositaire. A l'intervention le 1.8.1959 : épithélioma de la grosse tubérosité propagé au cardia. On pratique une gastrectomie totale. A l'examen histologique, on note : un ulcère de Cruveilhier transformé de la partie haute de la P C, métastase lymphatique et ganglionnaire vers la coronaire stomachique, puis à distance en "saut de puce" un petit cancer. Dans les suites opératoires un syndrome du petit estomac. La malade est venue en janvier 1960 : présente un bon état général. Elle est perdue de vue depuis.

Observation n° 34, dossier 4025.

Monsieur PET... Georges âgé de 59 ans consulte en avril 1950, Le début des troubles remonte à 10 ans par des douleurs sous ombilicales

après les repas. Depuis deux ans syndrome douloureux post-prandiale de vague périodicité. Depuis un an, syndrome ulcéreux typique. Les radiographies faites en avril 1959 ne montrent pas de lésion nette. Un aspect rugueux de la partie inférieure de la P C verticale. A la gastroscopie : pas de lésion décelable, aspect de gastrite atrophique. Un traitement anti-gastritique n'a pas amélioré le malade. Un tubage gastrique note une hypochlorhydrie avec raccourcissement de la courbe. De nouveaux clichés de juillet 1950 montrent une grosse niche plate d'ulcus de la P C verticale sus angulaire, visible après compression. Une nouvelle gastroscopie en juillet 1950 : montre un ulcère de la P C sus angulaire, versant de la face antérieure. Un traitement anti-ulcéreux est mis en oeuvre. Une nouvelle série de clichés de septembre 1950 montre une énorme niche de la P C verticale visible sur tous les clichés. A l'intervention faite en septembre 1950 on note une vaste ulcération de la P C d'allure bénigne. On pratique une gastrectomie. A l'examen histologique de la pièce on fait le diagnostic d'ulcéro-cancer. Le malade est décédé 6 mois après par généralisation néoplasique.

Observation n° 35, dossier ville.

Monsieur COL... Adrien âgé de 70 ans consulte le 29.4.1959 pour persistance des douleurs épigastriques.

Depuis juillet 1958, le malade présente un syndrome ulcéreux typique. Les radiographies de l'estomac montrent un ulcère de la P C gastrique. Un traitement anti-ulcéreux est mis en oeuvre. Deux gastroscopies sont pratiquées en septembre et janvier 1958. Le malade n'a pas été entièrement amélioré par le traitement. Il est revu le 16.7.1959. Il ne souffre pas depuis 15 jours et les radiographies de contrôle montrent

la persistance d'une niche dont les caractères sont typiques d'un ulcère de Cruveilhier. La gastroscopie du 20.7.1959 note une ulcération suspecte au sommet du pilier antérieur se prolongeant en aval du pilier vers l'antré, 3 cm au-dessus de cette ulcération, en pleine face antérieure s'ouvre une deuxième ulcération, se présentant comme un "trou hémorragique". Le 27.10.1959 à l'intervention : ulcère suspect et on pratique une gastrectomie large type péan. Dans les suites opératoires un abcès sous-phrénique . A l'examen histologique : ulcère transformé avec diffusion lymphatique importante.

Observation n° 36, dossier 3144.

Monsieur THI... âgé de 61 ans entre dans le service en novembre 1947 pour dyspepsie hyposthénique ancienne. Depuis 10 mois il présente un syndrome ulcéreux avec douleurs tardives, puis douleurs continues avec asthénie, anorexie, amaigrissement de 8 kg en 2 mois. Les radiographies d'estomac montrent une image lacunaire du versant gastrique du pylore. Après test thérapeutique, de nouveaux clichés montrent une grosse niche de face à bords épais au niveau de l'antré. On conclut à un cancer antro-pylorique après traitement d'épreuve. A l'intervention en janvier 1948 : grosse ulcération de la face antérieure de l'antré, on pratique une gastrectomie. Les suites opératoires sont bonnes. A l'examen histologique : ulcère transformé. Le malade est revu 8 ans après puis en décembre 1960. Depuis il est perdu de vue.

Observation n° 37, dossier de ville.

Madame GAL... âgée de 60 ans consulte en 1948 pour un syndrome ulcéreux typique. On note des antécédents vésiculaires : un

syndrome hyposthénique très ancien de type vésiculaire.

Elle est opérée en mars 1946.

En 1948 syndrome ulcéreux typique semi-tardif, douleurs continues depuis quelques mois avec asthénie, anorexie, amaigrissement. Les radiographies faites en 1948 montrent une grosse niche de l'angle de la P C située entièrement en dedans de la ligne générale du contour gastrique. Un traitement d'épreuve est institué pendant deux mois, mais on note une persistance des signes cliniques et une aggravation des signes radiologiques. Le tubage gastrique et la gastroscopie n'ont pas été pratiqués. La malade est alors opérée en 1948, a l'intervention : ulcération d'aspect néoplasique. Une gastrectomie est faite. A l'examen histologique on note le diagnostic d'ulcère transformé. La malade est décédée six mois après l'intervention.

Observation n° 38, dossier de ville.

Monsieur GIR... âgé de 67 ans consulte en juillet 1950 pour un syndrome ulcéreux évoluant depuis deux ans. Le début clinique remonte en 1948 par des douleurs épigastriques semi-tardives non influencées par le traitement. En juillet 1950 le syndrome ulcéreux persiste avec vomissements alimentaires et amaigrissement. Les radiographies faites en juillet 1950 montrent une grosse niche de face de siège pylorique, volumineuse à bords épais avec signe de sténose pylorique partielle. Le tubage gastrique montre une hypochlorhydrie. La gastroscopie n'a pas été faite. L'intervention est pratiquée en juillet 1950 : on trouve un gros ulcère juxta - pylorique perforé dans une vésicule scléro-atrophique lithiasique. Sur la pièce 3 ulcères de la P C. A l'examen histologique on note : 2 ulcères bénins à côté de la P C, 1 ulcère transformé pylorique

Le malade est décédé un an après de métastases hépatiques.

Observation n° 39, dossier 8974.

Madame MAH... Juliette âgée de 76 ans consulte pour un syndrome de rectite en 1958. En 1947 découverte d'épithélioma du col utérin. On pratique une hystérectomie totale suivie de radiothérapie post-opératoire. De 1947 à 1952, la malade va bien. Puis de 1952 à 1956 altération progressive de l'état général. En 1956 trouble du transit, douleurs épigastriques périodiques gaisant pratiquer un examen radiologique et parler de lésion duodénale. En 1958, troubles rectaux et découverte d'une tumeur de la cloison recto-vaginale. Une biopsie répond carcinome épidermoïde différenciée. On pratique une amputation abdomino-péritonéale plus un anus iliaque gauche. En juillet 1958 reprise du syndrome ulcéreux typique. Les radios du 31.7.1958 montrent une image d'ulcération plate sus-angulaire. Un traitement médical calme les douleurs. En janvier 1959, reprise des douleurs, des radiographies montrent une persistance de l'ulcération plate sus-angulaire d'aspect bénin confirmé par la gastroscopie : ulcère bénin entouré d'une raqueuse oedémateuse et fragile. Un traitement anti-ulcéreux est mis en oeuvre entraînant une amélioration de la douleur, mais persistance de la niche. En août 1959 reprise des douleurs mais modifiées dans leur caractère, plus violentes, continues avec vomissements et diarrhées. Les clichés de septembre montrent une niche infiltrante. Devant la persistance des signes radiologiques et l'amélioration incomplète du syndrome douloureux; l'intervention est décidée le 19.10.1959 qui trouve une tumeur de la P C dure, ulcérée en son centre. Une gastrectomie des 2/3 type péan est pratiquée. Les suites opératoires sont bonnes.

A l'examen histologique : ulcéro-cancer avec envahissement intra-muqueux. La malade est venue un an après, présentant un bon état général. Depuis elle est perdue de vue.

Observation n° 40, dossier _____ ville.

Monsieur MAU... âgé de 60 ans consulte en 1960 pour hématémèse. Le début des troubles remonte à 6 ans. Le malade a présenté un syndrome ulcéreux typique et complet. Les radios à cette date ont montré une niche ulcéreuse. Un traitement anti-ulcéreux est mis en oeuvre. En avril 1960, le malade présente une hématémèse. Les radios pratiquées montrent une image de niche de Haudeck typique. Le tubage et la gastroscopie n'ont pas été pratiqués. L'intervention est faite en avril 1960 : gastrectomie type péan. A l'examen histologique de la pièce : ulcère transformé. Le malade est perdu de vue depuis l'intervention.

Observation n° 41, dossier 10 144.

Monsieur GON... âgé de 49 ans consulte en 1961 pour syndrome douloureux épigastrique.

Le début des troubles remonte en 1942 par un syndrome ulcéreux typique traité médicalement. En 1961 reprise du syndrome douloureux résistant au traitement. L'intervention est décidée en juillet 1961 : à l'intervention : ulcère de la P C antrale. Une gastrectomie est pratiquée. A l'examen histologique on porte le diagnostic d'ulcéro-cancer. Nous ne possédons pas de renseignements concernant cette observation.

Observation n° 42, dossier 9076 c.

Monsieur LIP A. Gino âgé de 71 ans consulte en juillet 1969 pour un syndrome ulcéreux typique. Le début des troubles remonte en 1948 par des douleurs épigastriques. Les radiographies de 1948 n'ont pas affirmé le diagnostic d'ulcère. Depuis le malade a présenté plusieurs poussées. En 1966 il présente un syndrome ulcéreux typique. Des radiographies faites à cette date confirmaient pour la première fois le diagnostic d'ulcère : niche sus angulaire. Un traitement anti-ulcéreux est mis en oeuvre mais persistance des signes radiologiques. Depuis six mois modifications des douleurs et résistance au traitement. Une altération de l'état général avec amaigrissement et vomissements. Les radiographies pratiquées en septembre montrent des signes suspects. Le tubage gastrique du 7.7.1969 note une normochlorhydrie. La gastroscopie faite à cette date confirme les signes radiologiques. A l'intervention faite le 9.7.1969 : ulcération maligne et on pratique une gastrectomie partielle avec anastomose gastro duodénale. Les suites opératoires sont bonnes. A l'histologie : ulcéro-cancer.

ETUDE DES 42 CAS D'ULCERO-CANCER

I) ETUDE CLINIQUE.

A- Fréquence selon l'âge :

- Pour le calcul des âges nous avons retenu l'âge des malades au moment où a été posé le diagnostic d'ulcéro-cancer. Les malades ont été répartis en différentes classes d'âge de 10 ans chacune. L'étude de la fréquence de l'ulcéro-cancer selon l'âge se répartit de la façon suivante : Tableau n°1.

- entre 30 et 39 ans 1 cas
- entre 40 et 49 ans 8 cas
- entre 50 et 59 ans 9 cas
- entre 60 et 69 ans 16 cas
- entre 70 et 79 ans 8 cas,

ainsi, la plus grande fréquence se situe au delà de 50 ans puisque 33 malades sur 42 sont âgés de plus de 50 ans. L'âge moyen des sujets lors de la découverte de l'ulcéro-cancer est de 60,9 ans.

Quant à l'âge moyen au moment de l'apparition des premiers troubles il est de 57,8 ans.

L'âge médian est de 62 ans.

B - Fréquence selon le sexe :

L'étude de la répartition des ulcéro-cancers selon le sexe montre que les 42 cas se répartissent comme suit :

- 10 cas chez la femme soit 23,8 %,
- 32 cas chez l'homme soit 76,2 %.

Cette répartition est comparable à celle retrouvée à la même époque dans les cas d'ulcères non transformés soit 78 % chez l'homme pour 22 % chez la femme.

Mais une constatation particulière est à signaler. Sur 10 cas d'ulcéro-cancer chez la femme, 9 surviennent au delà de 60 ans alors que 16 ulcéro-cancers sur 32 chez l'homme, surviennent avant 60 ans et au delà de 70 ans. Nous notons 12,9 % d'ulcéro-cancer chez l'homme contre 44,4 % chez la femme.

SYMPTOMATOLOGIE

A) LA DOULEUR.

La symptomatologie des ulcéro-cancers est dominée par la douleur. Nous avons classé nos 42 observations en 4 groupes syndromiques, selon la classification de Lambling et Guillard :

- 1) le syndrome ulcéreux typique,
- 2) le syndrome ulcéreux atypique,
- 3) le syndrome de dyspepsie hyposthénique,
- 4) le syndrome d'épigastralgie.

a) Le syndrome ulcéreux typique.

- Le cancer peut adopter pendant toute ou une partie de son évolution l'allure de la maladie de Cruveilhier par :
 - sa douleur spécifique à type de crampe calmée par l'ingestion alimentaire ou d'alcalin,
 - son rythme : dans la journée, survenant tardivement après les repas ; dans l'année, par périodes d'une à plusieurs semaines séparées de phases d'acalmie totale plus ou moins longue.

b) Le syndrome ulcéreux atypique.

- soit parfois que la douleur épigastrique fasse place à la brûlure,
- soit plus souvent que la périodicité n'apparaisse pas du fait de la brièveté des phases douleur-acalmie ou au contraire de la prolongation anormale de la phase douloureuse

pendant plusieurs mois ne cédant pas ou même s'exagérant sous traitement.

c) Le syndrome de dyspepsie hyposthénique.

- se manifeste par des troubles digestifs mineurs : pesanteur, ballonnement post-prandial , gêne épigastrique parfois teintée d'un élément douloureux, souvent d'évolution longue.

d) Les épigastralgies.

- la douleur épigastrique y constitue encore l'élément essentiel d'un tableau extrêmement variable suivant les cas, douleur variable dans ses modalités, douleur franche, fugitive, crampe ou torsion, sensation de brûlures, mais surtout très variable dans son rythme, le plus souvent sans aucune périodicité.

La répartition des 42 cas d'ulcéro-cancer se fait ainsi : (tableau 2)

Syndrome clinique	ulcéreux typique	ulcéreux atypique	dyspepsie hyposthénique	épigastralgies
Nombre de cas	18	14	4	6
Pourcentage	42,86	33,33	9,52	14,29

- syndrome ulcéreux typique 18 cas soit 42,86 %,
- syndrome ulcéreux atypique 14 cas soit 33,33 %,
- dyspepsie hyposthénique 4 cas soit 9,52 %,
- épigastralgies 6 cas soit 14,29 %,

ainsi la symptomatologie évoquant le diagnostic de la maladie ulcéreuse (syndrome ulcéreux typique ou atypique) se retrouve dans 32 cas soit un pourcentage de 76,20 %.

B) LES VOMISSEMENTS.

Les vomissements n'ont été retrouvés que dans 12 cas. Il s'agit de vomissement accompagnant le syndrome douloureux de l'ulcère. Dans la plupart des cas, il s'agissait de vomissement alimentaire.

C) L'ANOREXIE.

Elle est importante à rechercher, elle est surtout élective pour les viandes et les graisses. Elle n'a été retrouvée que dans 10 cas.

D) L'AMAIGRISSEMENT.

C'est un signe de grande valeur, il est retrouvé dans 20 cas soit 47,6 %. Certes l'amaigrissement peut se voir chez un ulcéreux lors des poussées douloureuses, mais en général dans ce cas elle n'est que transitoire, par contre, un amaigrissement important, ou qui se prolonge, ou même qui persiste est un signe d'alarme.

LES ARGUMENTS CLINIQUES QUI ONT PU AMENER A SUSPECTER LE DIAGNOSTIC AVANT L'INTERVENTION

A) LES MODIFICATIONS DES DOULEURS.

Il s'agit de modification de la symptomatologie douloureuse chez un ulcéreux connu et traité. Ainsi dans 20 cas ce sont les modifications des caractères de la douleur qui ont attiré l'attention. Il peut s'agir de modification dans le type, le rythme ou la périodicité. Cette modification de la symptomatologie peut être isolée, ce qui est rare, mais le plus souvent elle s'associe, soit à une résistance au traitement anti-ulcéreux, qu'il s'agisse de résistance d'emblée ou ultérieure, soit à une altération de l'état général à type d'anorexie, d'amaigrissement.

Le délai d'apparition des modifications de la douleur apparaît dans le tableau suivant :

délai	0-6mois	6mois-1an	1-2ans	2-3ans	3-4ans	4-5ans	>5ans
nombre de cas	5	7	3	1	2	0	2

On note une prédominance des modifications de la douleur au cours des 12 premiers mois.

B) LES MODIFICATIONS DES SIGNES GENERAUX.

Elles peuvent chez un ulcéreux connu et traité attirer l'attention et suspecter la transformation. Elles sont :

- soit isolées
- soit associées à une résistance au traitement ou encore à une complication.

L'altération isolée de l'état général n'avait attiré l'attention que dans trois cas.

C) LES COMPLICATIONS.

Il est rare qu'une complication à type de méloëna, de perforation, d'hématémèse, de sténose ou de métastase, vienne attirer l'attention vers la transformation. Deux malades ont été opérés à la suite d'une hématémèse importante et c'est l'histologie qui a affirmé l'ulcéro-cancer (dossier de ville et observation n° 4).

D) LA RESISTANCE AU TRAITEMENT DU SYNDROME DOULOUREUX.

La transformation maligne a été soupçonnée dans 7 cas du fait d'une résistance au traitement. Dans deux cas, la résistance au traitement s'est manifestée d'emblée, dans cinq autres cas, elle ne s'est développée qu'ultérieurement. Parmi ces 7 cas le diagnostic de transformation a été confirmé par la radiologie dans 4 cas et par seulement l'histologie dans 3 cas.

LES ARGUMENTS PARA-CLINIQUES

L'étude de la formule sanguine et de la glycémie n'a aucune valeur et n'a pas aidé au diagnostic.

A) LA REPARTITION DU GROUPE SANGUIN N'A ETE FAITE QUE DANS 26 CAS OU NOUS LES POSSEDIONS.

Les résultats ont été les suivants :

- groupe A : 13 cas dont 11 A+ et 2 A-
- groupe B : 3 cas dont 2 B+ et 1 B-
- groupe AB : 1 cas
- groupe O : 9 cas dont 5 O+ et 4 O-

Selon les données classiques le groupe A serait plus fréquent dans les cancers et le groupe O dans les ulcères gastro-duodénaux.

La différence entre les 2 groupes A et O ne peut être interprétée du fait du petit nombre de cas.

B) L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Le transit gastro-duodéal apparaît comme un temps capital du diagnostic, pouvant, si cet examen est pratiqué dans d'excellentes conditions techniques, affirmer très précocement le caractère malin de l'ulcération.

L'étude radiologique est faite selon les techniques particulières de A - Gueret appliquées depuis plus de 25 ans dans le service du professeur A. Lambling.

Nous rappelons les descriptions radiologiques de Guéret et Mombet.

- Elles découlent d'un certain nombre de principes :

1) L'exploration systématique poussée aussi loin que possible, même en présence d'anomalies évidentes sur les films standards par des techniques appropriées :

- baryte suffisamment fluide et rayonnement suffisamment pénétrant.
 - compression dosée, de préférence au ballon.
 - recherche de la meilleure incidence en s'aidant du rayonnement oblique.
 - double obliquité pour "dérouler l'estomac".
- en particulier pour l'étude de la face postérieure :
inclinaison de la table par rapport au sol, inclinaison du rayon par rapport au tube.

2) Etude de toutes les particularités de l'image de façon à pouvoir interpréter les correlations de chacune d'elles avec les lésions anatomiques (perte de substance, oedème, infiltration).

3) La confrontation des aspects radiologiques et des pièces opératoires (fraîches, non fixées) ayant été faite dans la presque totalité des cas.

Différents aspects devraient être rencontrés. Certains présentent les caractères radiologiques de la niche bénigne, d'autres montrent des anomalies du plissement autour de la niche, d'autres enfin se manifestent par des images caractéristiques de l'ulcération maligne.

Il semble que ces différents aspects puissent être expliqués par des formes anatomiques différentes, peut-être à des stades évolutifs différents. Il nous semble utile de rappeler les caractères essentiels de la niche bénigne et de l'image du cancer ulcéro-végétant.

1) La niche.

a) Vue de face.

Elle se présente comme une tâche opaque dont l'opacité est toujours égale ou supérieure à celle du reste de l'organe, à contour régulier, généralement arrondie ou ovalaire. Cette opacité est entourée d'une zone plus claire correspondant au halo d'oedème, dont la clarté diminue en se raccordant à l'opacité gastrique. Ce halo est souvent plus vaste que l'opacité de la niche. Lorsque la réaction oedémateuse n'existe pas, on peut voir des plis convergents, toujours effilés, venant au contact de l'ulcération.

b) Vue sur le contour.

La niche paraît repliée en selle sur la courbure et c'est la projection sur un seul plan des deux parties de l'ensemble lésionnel qui donne l'impression de leur superposition. On obtient ainsi la vue du fond de l'ulcération et la vue de la moitié de l'ulcération de face. On retrouve la plage opaque entourée d'un halo d'oedème et sur le contour l'image du raccordement de l'ulcération à la courbure normale. Ce raccordement se fait de façon abrupte du côté de l'ulcère et en pente douce du côté de la courbure normale. Le fond de l'ulcération est nettement en saillie sur le contour de l'organe.

Cette niche caractéristique de l'estomac est l'expression radiologique d'une lésion anatomique qui a sectionné la totalité de la paroi de l'estomac : muqueuse, sous-muqueuse, musculuse , le fond étant représenté par une réaction scléro-inflammatoire.

Est suspecte radiologiquement, toute image de niche qui ne présente pas tous les caractères définis plus haut de la niche de la maladie ulcéreuse c'est-à-dire d'une lésion anatomique creusant la totalité des parois gastriques.

2) L'ulcération néoplasique.

Il s'agit le plus souvent d'un cancer ulcéro-végétant c'est-à-dire d'une ulcération creusée dans une tumeur. Le cancer apparaît sous la forme d'une ulcération bordée d'un bourrelet tumoral plus étroit que l'ulcération, à contour net, en saillie sur la muqueuse. Le fond de l'ulcération est souvent irrégulier, ses contours sont parfaitement arrondis ou polygonaux. La profondeur de l'ulcération est variable et le fond de la lésion pourra être au-dessus, au niveau ou au-dessous du niveau de la muqueuse saine.

Après opacification barytée l'image :

a) Vue de face :

Se présente comme une plage homogène, dont l'opacité variable avec la profondeur de l'ulcération est le plus souvent moindre que celle de l'organe. Ses contours sont réguliers ou polygonaux, limités par une lacune franche, souvent plus étroite que l'image de l'ulcération et qui est facilement mise en évidence par la compression dosée.

b) Vue sur le contour :

Lorsque l'aspect lésionnel se projète sur le contour, l'image obtenue est plus complexe. Le bourrelet tumoral apparaît sur la courbure comme une image lacunaire qui limite de part et d'autre une zone rigide formée par le fond de l'ulcération. Selon la profondeur de l'ulcération le fond apparaîtra en retrait, au niveau ou en saillie sur le

contour normal. La compression dosée met en évidence une partie de l'ensemble lésionnel, l'autre partie lui paraissant superposée. L'image obtenue est ici encore la projection sur un plan de la lésion développée en selle sur la courbure. Selon l'orientation du rayonnement par rapport à la lésion, la superposition sera parfaite ou au contraire asymétrique par rapport à la courbure.

3) Les anomalies des plis autour d'une ulcération de structure bénigne.

Suivant l'importance de l'envahissement néoplasique autour de l'ulcération, les anomalies consisteront en un simple épaissement d'un ou plusieurs plis convergents (plis dont l'extrémité paraît renflée en massue) ou en une coalescence de plusieurs plis renflés ébauchant ainsi un véritable bourrelet tumoral.

Du point de vue radiologique, l'ulcéro-cancer pourra se présenter :

a) sous la forme d'une niche typiquement bénigne et seule la résistance au traitement médical, malheureusement inconstante, permettra de suspecter le diagnostic.

Il est évident que la présence de quelques cellules néoplasiques sur les berges ou le fond de l'ulcération ne peuvent entraîner d'image radiologique évocatrice et ne peuvent pas toujours s'opposer à la cicatrisation.

b) sous la forme d'une niche atypique avec l'image d'un ou de plusieurs plis anormaux. Là encore le traitement d'épreuve permettra d'évoquer le diagnostic si la niche persiste. Si elle cicatrise, il faudra s'assurer de la

disparition des anomalies du plissement dont la persistance permet d'affirmer la présence d'un cancer,

c) sous la forme d'une image d'ulcération, de structure maligne qui ne pose aucun problème diagnostic.

Peut-être s'agit-il simplement de stades évolutifs différents.

Il faut toutefois insister sur la valeur du test thérapeutique proposé par R.A. Gutmann pour le diagnostic radio-clinique du cancer de l'estomac. Cependant dès l'instant que lors du premier examen, l'attention est attirée par une anomalie des contours, on procède par compression dosée à une étude des lésions intermarginales. Il est possible de faire d'emblée un diagnostic de cancer en mettant ainsi en évidence un aspect de menisque. Dans ces conditions on supprime dans un certain nombre de cas, la perte de temps que représente le test thérapeutique proposé par Gutmann sur la seule constatation des anomalies du contour. Au contraire dans des cas beaucoup plus rares, ce test méritera d'être appliqué chaque fois qu'il y aura lieu de préciser une image atypique et de ce fait suspecte mais dont l'aspect seul n'autorise pas à porter un diagnostic de malignité. La persistance ou la disparition d'une semblable image après un traitement d'épreuve prend alors une grande signification diagnostic.

REPARTITION SELON LE SIEGE.

La répartition topographique des 42 cas d'ulcéro-cancer se fait comme suit :

- 12 siègent sur la petite courbure verticale soit 28,57 %
- 17 siègent dans la région antropylorique soit 40,47 %
- 11 siègent dans la région angulaire soit 26,19 %
- 2 siègent sur les faces gastriques soit 4,77 %

Nous remarquons donc que contrairement aux données classiques, la transformation maligne d'un ulcère peut se réaliser sur la petite courbure verticale puisque près de 30 % des ulcéro-cancers siègent dans cette région. Ce pourcentage n'est pas négligeable et doit conclure au fait que la localisation d'un ulcère sur la petite courbure verticale n'élimine point le risque de transformation maligne.

Toutefois l'étude de la localisation des **ulcéro-cancers** montre la grande fréquence de la localisation antropylorique et angulaire (2/3 des cas).

Etude des images radiologiques des 42 cas ulcéro-cancers :

Nous avons relevé :

- 16 cas de ménisque soit 38,10 %
- 12 cas de niche où images suspectes, soit 28,57 %
- 11 cas de niche bénigne soit 26,19 %
- 3 cas d'images atypiques suspectes soit 7,14 %

A la lumière de cette étude nous constatons une prédominance des images de ménisque et que l'image de niche bénigne est retrouvée dans 11 cas soit 26,19 % d'erreur. Au total la radiographie a permis de faire le diagnostic de cancer dans 28 cas, elle l'a soupçonné dans 3 cas.

elle n'a pas posé le diagnostic dans 11 cas. Ce dernier l'ayant été d'après les constatations cliniques

LA GASTROSCOPIE.

La gastroscopie n'a pas été systématique. Elle n'a pu être pratiquée que dans 17 cas, par des gastroscopistes hautement qualifiés. Elle a été faite dans 12 cas avant que le diagnostic de transformation n'ait été porté.

Dans 5 cas elle a été réalisée après suspicion radiologique de la transformation.

Elle a affirmé la transformation maligne dans 9 cas soit 52,94 %. Elle a rejeté le diagnostic de malignité dans 6 cas soit 35,88 %. Elle ne s'est pas prononcée dans 2 cas soit 11,18 %.

Nous remarquons donc que la gastroscopie donne 52,94 % de diagnostics exacts contre 73,81 % de diagnostics radiologiques exacts. Par ailleurs, il faut signaler que parmi les 6 cas où la gastroscopie a été négative la radiologie a fait le diagnostic dans 4 cas, l'a rejeté dans un cas et l'a soupçonné dans l'autre. Ceci souligne bien l'importance de la gastroscopie comme investigation complémentaire de la radiologie. Nous insisterons sur les progrès diagnostics réalisés par la pratique de la technique de gastrobiopsie dirigée sous gastroscopie comme l'a proposé Debray.

Aucune de nos gastroscopies ne comportait de biopsie dirigée.

LE CHIMISME GASTRIQUE.

Il a été étudié par le tubage gastrique à l'histamine selon la technique pratiquée dans le service du professeur Lambling depuis plus de 25 ans.

Nous rappelons tout d'abord les normes de tubage ou plutôt de sécrétion gastrique.

Ces normes sont établies dans un travail de J. Escher.

1) En basale (1 heure)

- volume total : $116 \text{ ml} \pm 53$
- concentration maxima : $54 \text{ mEq/l} \pm 30$
- débit Hcl : $5 \text{ mEq/l} \pm 2,68$
- volume acidité primaire : $53 \text{ ml} \pm 47$

2) Après la première injection d'histamine (1 heure)

- volume total : $171 \text{ ml} \pm 63$
- concentration maxima : $100 \text{ mEq/l} \pm 24$
- débit Hcl : $15,4 \text{ mEq/l} \pm 8,86$
- volume acidité primaire : $122 \text{ ml} \pm 62$

3) Après la 2ème injection d'histamine (1 heure)

- volume total : $187 \text{ ml} \pm 78$
- concentration maxima : $110 \text{ mEq/l} \pm 24$
- débit Hcl : $19,49 \text{ mEq} \pm 10$
- volume acidité primaire : $148 \text{ ml} \pm 71$

L'étude de la sécrétion gastrique comprendra celle de la concentration chlorhydrique maxima du volume de sécrétion et du débit chlorhydrique.

Le tubage gastrique n'a été pratiqué que dans 14 cas que nous résumons dans le tableau suivant :

NOM	VOLUME			DEBIT			CONCENTRATION MAX.		
GYO...	97		243	2,46	12,12		32	98	
ALB...	59	76	51	2,15	5,61		60	86	64
GAG...		143						74	
BEL...		359							
SAU...	44	73					2	24	
BAR...	45	35					0	0	
LIP...	31	91	86				0	38	44
BAR...	70	120					0	44	
COU...	41	250					0	0	
SAK...	39	88	49				0	10	28
DAB...	72	189		2,41	12,86		30	100	
SAI...	52	246		1,17	14,91		50	98	
MAH...	147								
CON...	11	20					0	0	

Les débits chlorhydriques maxima ont été étudiés dans les cas où les concentrations maxima sont supérieures à 80 mEq/l. Parmi les 14 cas, 4 seulement présentaient une concentration chlorhydrique maxima supérieure à 80 mEq/l. Nous les rapportons ci-dessous.

DAB...	Volume	ac.libre	ac.totale	débit
avant histamine	57	30	44	1,71
	25	28	48	0,70
après histamine	13	74	80	0,96
	43	100	116	4,30
	23	100	106	2,30
	53	100	110	5,30

GUY...	Volume	ac.libre	ac.totale	débit
avant histamine	27	8	30	0,22
	70	32	54	2,24
après histamine	32	28	46	0,90
	37	60	80	2,22
	75	88	102	6,60
	23	104	114	2,40

SAINT-MAR...	Volume	ac.libre	ac.totale	débit
avant histamine	37	14	42	0,52
	15	50	74	0,65
après histamine	27	54	76	1,46
	41	98	112	4,20
	60	80	100	4,80
	57	78	100	4,45

ALB...	Volume	ac.libre	ac.totale	débit
avant histamine	12	22	42	0,27
	16	38	54	0,38
	10	60	79	0,60
	15	60	78	0,90
après histamine	16	68	85	1,09
	28	84	104	2,35
	17	86	101	1,42
	15	50	68	0,75

Les débits chlorhydriques ont été étudiés en basale et une heure après l'injection d'histamine. Les résultats obtenus pour les 4 cas étudiés sont les suivants :

DAB... débit chlorhydrique :

basale : = 2,41

1ère heure après histamine 12,86

GUY... débit chlorhydrique :

basale = 2,46

1ère heure après histamine 12,12

SAINT MAR... débit chlorhydrique :

basale = 1,17

1ère heure après histamine 14,91

ALB... débit chlorhydrique :

basale = 2,15

1ère heure après histamine 5,61

Au terme de cette étude du chimisme gastrique nous constatons que 3 cas sur 14 présentent une concentration chlorhydrique maxima et un débit chlorhydrique avant et après histamine normaux.

Un cas présentant une concentration chlorhydrique normale mais un débit chlorhydrique avant et après histamine bas.

Les 10 autres cas présentaient à la fois une hypochlorhydrie de concentration et de débit.

Au total : 3 cas sur 14 avaient une sécrétion gastrique normale, ce qui permet de conclure que l'existence d'une normochlorhydrie ou d'hyperchlorhydrie ne peut être un argument en faveur de la bénignité lorsque nous soupçonnons une transformation maligne d'un ulcère gastrique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

L'ulcéro-cancer entre dans le cadre des cancers douloureux où l'on distingue :

- les cancers ulcériformes
- les ulcéro-cancers
- le cancer superficiel (limité à la muqueuse)

Nous rappelons brièvement les caractères anatomiques de ces différents cancers.

1) Le cancer ulcériforme.

Il a été dénommé ainsi par Gutmann comme étant un cancer primitif d'emblée et qui présente macroscopiquement les apparences d'un ulcère.

Macroscopiquement :

il s'agit d'une ulcération souvent assez importante dont le bord assez précis est constitué par un bourrelet ou par de gros plis souvent renflés en massue n'ayant pas tendance à végéter et dont l'extrémité est séparée de l'ulcération par des bourrelets.

Histologiquement :

L'ulcération ne présente pas la structure de type ulcère chronique. L'infiltration néoplasique précède l'ulcération. La musculature peut être respectée par l'ulcération. Elle peut être envahie, plus rarement entièrement détruite, mais elle se perd alors dans le cancer sans être attirée vers les berges de l'ulcération ainsi qu'on le voit dans l'ulcère, et en ce cas, le cancer s'étend toujours à la totalité de l'ulcération, berges et fond. En somme dans le cancer ulcériforme, l'ulcération est toujours en plein cancer.

2) L'ulcéro-cancer.

ou ulcère transformé se présente :

Macroscopiquement :

aspect soit d'un ulcère rond bénin typique, soit plus souvent, l'aspect d'un cancer ulcériforme.

Histologiquement :

caractérisé par l'association d'une structure ulcéreuse et d'une prolifération néoplasique.

a) la structure ulcéreuse doit être indiscutable et comprendre

- l'interruption de la muqueuse, de la musculaire muqueuse et de la musculeuse. Ce caractère, étant essentiel au diagnostic car il faut souligner l'allure perforante de l'ulcère qui effondre la musculaire muqueuse et détruit la musculeuse.

- le retroussement de la musculeuse vers la musculaire muqueuse se fusionnant à elle aux bords de l'ulcère.

- l'existence au fond de l'ulcération d'un bloc scléro-inflammatoire où l'on distingue 4 couches en allant du plan muqueux au plan séreux.

α - exsudat de recouvrement fait d'un dépôt fibrino-leucocytaire superficiel.

β - zone de nécrose fibrinoïde avec présence de nombreux leucocytes polynucléaires.

γ - tissu de granulation inflammatoire constitué par des zones néo-vascularisées avec des fibres conjonctives jeunes.

δ - tissu fibreux d'autant plus dense que l'ulcère est plus ancien, cette couche fibreuse occupant la place de la Tunique musculaire rompue et représentant la limite réelle de la paroi gastrique au niveau de l'ulcère. Dans ce bloc scléro-inflammatoire on retrouve des lésions dégénératives des vaisseaux et

des nerfs : lésions d'endartérite oblitérante, de thrombose, névromes.

b) l'importance de la dégénérescence néoplasique peut être variable. Il peut s'agir seulement d'anomalies purement cytologiques limitées en un point de la berge de l'ulcère. Il faut souligner la nécessité de ne retenir comme élément diagnostique que des anomalies cytologiques franches, certaines altérations dégénératives cellulaires pouvant s'accompagner de modifications nucléaires importantes et en imposer à première vue pour des lésions néoplasiques.

Il peut s'agir de lésions plus étendues envahissant une partie ou la totalité des berges de l'ulcère, infiltrant partiellement ou totalement le fond.

Dans tous les cas d'ulcéro-cancer on fait des prélèvements en rayon de roue autour de la lésion et des prélèvements numérotés.

Outre les colorations habituelles (hémalun, phoxine, safran) il a été fait chez nos malades des colorations spéciales à la recherche de muco-sécrétions dans les éléments cellulaires qui peuvent être noyés dans la fibrose (Bleu alcian ou PAS).

De même nous avons recherché avec soin d'éventuelles embolies néoplasiques dans le riche réseau lymphatique à la fois sous muqueux et sous séreux. Toutes les formations ganglionnaires annexées à la paroi sont examinées de la même façon.

Lorsque le cancer envahit la totalité de l'ulcère, le diagnostic devient très difficile avec un cancer ulcériforme très creusant qui peut, par nécrose et élimination de l'infiltration néoplasique de la musculieuse réaliser une amputation de cette dernière.

Mais ici il n'existe pas :

- de bloc scléro-inflammatoire avec ses images d'endar-
térite et de névrome, témoins du caractère évolutif de l'ulcère chro-
nique.

- le retroussement et la fusion des fibres de la muscu-
leuse avec la musculaire muqueuse.

L'étude histologique a été la suivante :

- 27 cas de type glandulaire,
- 11 cas de type glandulaire et atypique,
- 8 cas de tye atypique,
- 1 cas de li ite plastique,
- 1 cas de colloïde muqueux,
- 1 cas de type glandulaire et massif.

3) Le cancer superficiel localisé à la muqueuse.

Il a fait l'objet d'une remarquable étude dans la thèse de
Potet : service du professeur A. Lambling.

Macroscopiquement :

la lésion apparaît presque toujours comme une exulcération
pouvant présenter 3 types différents :

- simple dépression à peine marquée de la muqueuse,
de limite peu nette, rendue visible seulement par un léger
dépoli de la muqueuse qui change d'aspect au niveau de la
lésion prenant à la coupe un aspect granité.

- simple exulcération à bords plats dont la limite est
constituée par un simple ressaut de la muqueuse.

- simple exulcération limitée par un certain nombre de plis radiés se renflant en massue au contact de la lésion. Le contour en est polycyclique, le fond en est granité, mamelonné ou bourgeonnant. Ce cancer est peu infiltrant.

L'étendue en surface de ces cancers superficiels est par contre importante et parfois considérable.

ESSAI DE CLASSIFICATION ANATOMIQUE DES ULCERO-CANCERS SUIVANT L'EXTENSION NEOPLASIQUE

I - Extension dans les berges et le fond de l'ulcération.

Nous avons essayé de distinguer trois groupes sur le plan anatomique.

(1) Groupe I.

Les ulcéro-cancers où domine une structure ulcéreuse avec une infiltration cancéreuse localisée à une berge ou plus ou moins diffuse dans la structure ulcéreuse. Nous distinguons 4 types selon le siège de la transformation.

TYPE A : L'infiltration cancéreuse est localisée à une seule berge (8 cas)

TYPE B : L'infiltration cancéreuse envahit toutes les berges (10 cas)

TYPE C : L'infiltration cancéreuse est localisée à une berge et au fond (7 cas)

TYPE D : L'infiltration cancéreuse envahit la totalité des berges et le fond (24 cas).

(2) Groupe II.

Association à une structure ulcéreuse avec ou sans infiltration néoplasique d'un petit cancer érosif en "saut de puce" plus ou moins loins de l'ulcère (2 cas).

(3) Groupe III.

Association d'un ulcéro-cancer à une ulcération bénigne à plus ou moins grande distance (4 cas).

II. - Extension aux différents niveaux de la paroi de l'ulcère et à distance.

Nous disposons de 49 cas histologiquement vérifiés. Dans ce groupe d'ulcéro-cancer qui possède en lui-même une personnalité propre, s'opposant à la fois à l'ulcère bénin et au cancer commun, nous avons individualisé plusieurs sous-groupes selon l'atteinte partielle ou totale des berges, ainsi que l'extension en profondeur (et le degré de cette extension) afin de rechercher s'il existe des différences significatives dans le pronostic.

La transformation peut être étendue :

- 1) à une partie ou totalité de la muqueuse des berges : type I
- 2) à la sous-muqueuse : type II
- 3) au fond et à la musculieuse : type III
- 4) à la séreuse et aux ganglions : type IV

La répartition des 49 ulcéro-cancers en fonction du degré d'extension est résumée dans le tableau n° 5.

degré d'extension	partie ou totalité des berges	sous muqueuse	fond et musculaire	séreuse et ganglion.
nbre de cas	4	4	15	26
pourcentage	8	8	30,6	53,6

La répartition des 49 ulcéro-cancers se fait de la façon suivante :

- dans 4 cas la transformation reste limitée à une partie ou totalité des berges,
- dans 4 cas elle reste limitée à la sous-muqueuse,
- dans 15 cas elle reste limitée au fond et à la musculéuse,
- dans 26 cas elle reste limitée à la séreuse et aux ganglions.

De cette étude nous remarquons que dans très peu de cas, la transformation est restée limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse, mais qu'au contraire, l'envahissement de la musculéuse et l'atteinte des séreuses et des ganglions étaient plus fréquentes.

ETUDE CLINIQUE

Nous avons étudié la distribution des âges au moment de l'intervention. Elle se fait de la façon suivante :

Sur les 42 ulcéro-cancers, 33 ont dépassé la cinquantaine et 25 soit 59,5 % s'échelonnent de 50 à 69 ans, c'est-à-dire à l'âge de la plus grande fréquence du cancer.

Le délai diagnostic.

Sous le terme de délai-diagnostic, nous entendons le délai séparant l'apparition des premiers symptômes fonctionnels de la date à laquelle le diagnostic de cancer a été porté.

Nous avons réparti les délais diagnostic de la façon suivante:

- de 0 à 6 mois
- de 6 mois à 1 an
- de 1 à 2 ans
- de 2 à 3 ans
- de 3 à 5 ans
- de 5 à 10 ans
- > à 10 ans

Il faut souligner toutefois que si dans la majorité des cas nous pouvons chiffrer le délai diagnostic lorsque le début des troubles est facile à préciser, ailleurs il peut être difficile lorsque des antécédents digestifs gastriques ou biliaires viennent se surajouter et fausser l'appréciation exacte du début des symptômes expliquant ainsi certains délais diagnostic très longs. Dans 5 cas nous avons rencontré des difficultés à préciser le début exact soit 10,9 %.

Ainsi, nous résumons les résultats dans le tableau n° 6.

délai diagnostic	0-6mois	6mois-1an	1-2ans	2-3ans	3-5ans	5-10ans	> 10ans
nombre de cas	7	6	10	3	5	5	6
pourcentage	16,67	14,28	23,81	7,14	11,90	11,90	14,28

L'étude des 42 ulcéro-cancers montre que dans 13 cas soit 30,95 %, le délai diagnostic est inférieur à un an,

- que dans 26 cas soit 61,90 % il est inférieur à 3 ans,
- que dans 31 cas soit 72,80 % soit plus des 2/3 il est inférieur à 5 ans.

- et dans 11 cas soit 27,20 % il est supérieur à 5 ans.

au total 61,90 % des cas ont une évolution clinique, avant le diagnostic, supérieur à trois ans et dans 28,57 % elle est supérieure à 5 ans.

Le délai diagnostic moyen pour les 42 cas est de 4,7ans.

Au terme de cette étude, nous remarquons la lenteur d'évolution des ulcéro-cancers, qui, malgré un délai diagnostic long, sont de meilleurs pronostic. Il faut souligner également que les ulcéro-cancers, qui entrent dans le cadre des cancers douloureux, donc se manifestant précocément

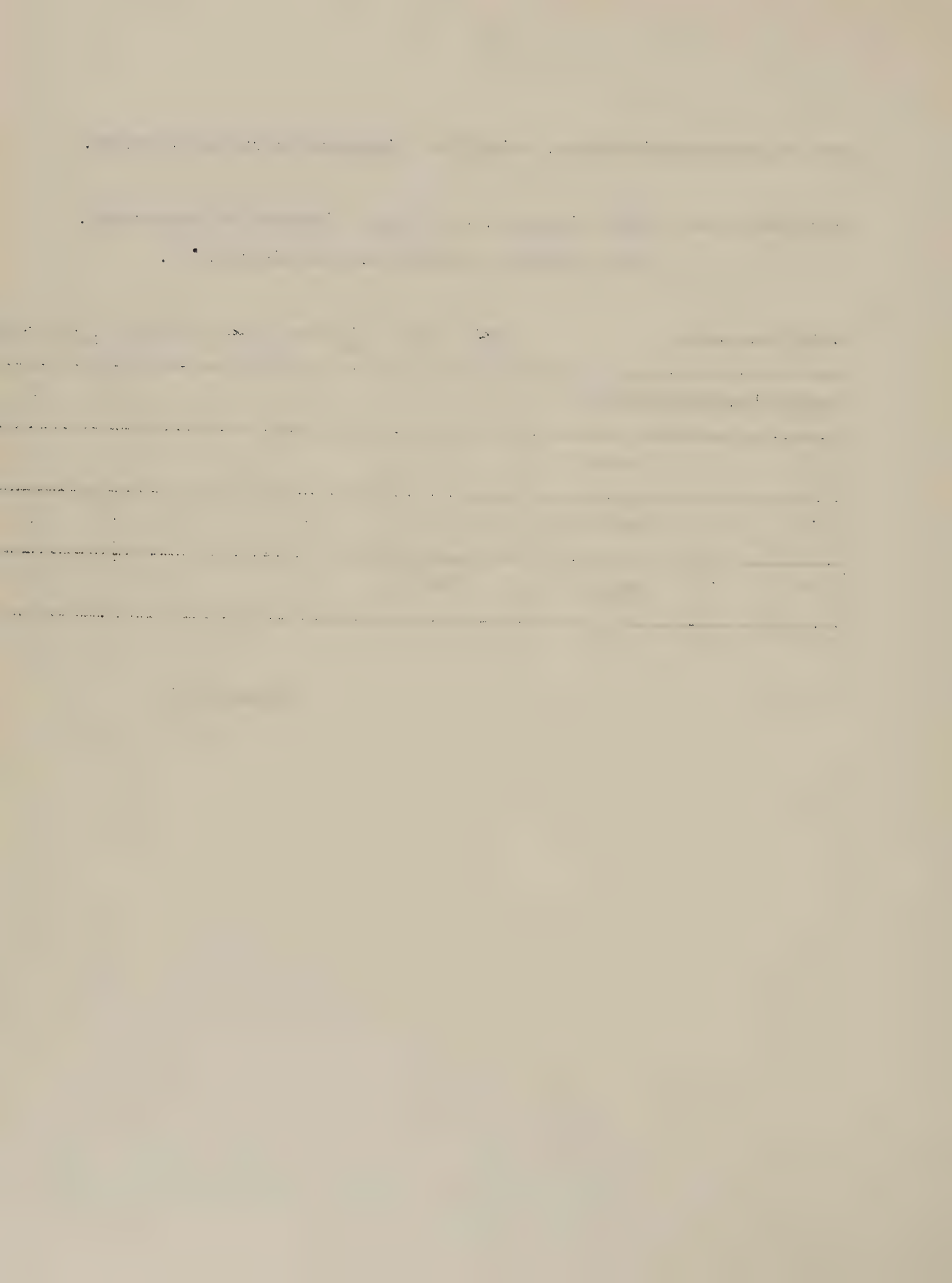
sur le plan symptomatique, voient leur diagnostic porté tardivement.

Relation entre le délai diagnostic et le degré d'extension néoplasique.

- Cette étude est résumée dans le tableau n° 7.

délai diagnostic	≤ 3 ans	≤ 5 ans	≤ 10 ans	≥ 10 ans
degré d'extension type I	1	1		2
" " type II	2			1
" " type III	7	1	2	1
" " type IV	15	3	4	2

Tableau n° 7



Age des malades ayant un délai diagnostic $\leq$ 3 ans, soit 25 cas.

N° du dossier	Age
11 800	73 ans
5 845	47 ans
3 039	56 ans
2 361	68 ans
4 025	59 ans
ville	70 ans
5 506	65 ans
8 429	57 ans
ville	67 ans
3 144	61 ans
5 006	68 ans
3 041	64 ans
10 080	59 ans
8 974	67 ans
10 332	57 ans
8 848	73 ans
ville	60 ans

N° du dossier	Age
8 044	65 ans
ville	47 ans
6 788	52 ans
4 503	76 ans
8 261	46 ans
9 210	65 ans
ville	56 ans
11 410	70 ans

Tableau n° 8

d'après ce tableau, en dehors de 2 cas, 23 sont âgés de plus de 50 ans.

Du tableau n° 7 il ressort que :

- 3 cas sur 7 de type I et II ont un délai diagnostic inférieur à 3 ans,
- 7 cas de type III ont un délai diagnostic inférieur à 3 ans, soit 16,66 % des cas.
- 15 cas de type IV ont un délai diagnostic inférieur à 3 ans, soit 35,7 % des cas.

Nous constatons également que 4 cas de type III et 9 cas de type IV ont un délai diagnostic supérieur à 3 ans.

Au total nous remarquons une certaine corrélation entre le délai diagnostic et le degré d'extension. Plus ce dernier est important, plus le délai diagnostic est court.

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

Nous avons étudié le délai diagnostic en fonction de l'âge et comme le montre le tableau n° 8, nous avons remarqué qu'au delà de 50 ans plus de 50 % des cas avaient un délai diagnostic inférieur à 3 ans, alors que pour ceux âgés de moins de 50 ans, nous notons 3 cas seulement sur 10, présentant un délai diagnostic inférieur à 3 ans. Nous signalons qu'il s'agit de l'âge des malades au moment de l'apparition des premiers troubles.

Si nous considérons les 6 cas où le délai diagnostic est supérieur à 10 ans, nous constatons que l'âge de ces malades au moment de l'apparition des premiers troubles se situe entre 26 ans (dossier n° 10 440) et 50 ans.

Ainsi, nous avons remarqué que 33 cas sur 42 sont âgés de plus de 50 ans et que c'est précisément ce groupe qui présente le plus court délai diagnostic. Que pour les 9 cas âgés de moins de 50 ans 63 % d'entre eux présentaient un délai diagnostic supérieur à 3 ans. Nous avons vu plus haut que 6 de notre série présentaient un délai diagnostic supérieur à 10 ans, ce délai diagnostic est long du fait que le début des troubles survenaient à un âge bien inférieur à l'âge de la plus grande fréquence du cancer.

Au terme de cette étude nous aboutissons au fait, et ceci n'est qu'une hypothèse de recherche, qu'il s'agit là d'une lésion cancéreuse qui ne se révèle qu'à l'âge du cancer, ayant évolué auparavant avec tous les caractères d'un ulcère bénin.

Le diagnostic pré-opératoire.

Il repose sur l'ensemble des confrontations des données cliniques, gastroscopiques et radiologiques.

Nous insisterons d'une part, sur l'importance d'un examen radiologique pratiqué avec une technique irréprochable et la valeur d'une séméiologie radiologique fine, et d'autre part sur la valeur d'une gastros-

copie comme complément de la radiologie et surtout actuellement sur la gastrobiopsie dirigée. La confrontation des données cliniques et para-cliniques ont permis de poser avec certitude le diagnostic d'ulcéro-cancer dans 66,66 % des cas (24). 7,14 % des cas furent opérés avec une forte suspicion de cancer et 26,19 % des cas furent opérés avec le diagnostic d'ulcère et ce n'est qu'à l'examen histologique que le diagnostic a été rectifié.

Au total, dans près du quart des cas le diagnostic d'ulcéro-cancer n'a pas pu être porté ce qui souligne la difficulté du diagnostic radiologique des ulcéro-cancers et l'importance d'une technique rigoureuse et une analyse parfaite des images radiologiques en les confrontant aux données cliniques.

Le diagnostic opératoire.

Si nous essayons d'étudier le nombre de cas où l'intervention a pu porter le diagnostic de cancer, nous obtenons les résultats suivants :

Diagnostic opératoire	ulcère bénin	cancer	ne s'est pas prononcée
Nombre de cas	18	17	7
Pourcentage	42,85	40,47	16,68

Tableau n° 9

Nous remarquons que les résultats du diagnostic opératoire sont bien différents de ceux de la radiologie. Le pourcentage d'erreur est encore plus important puisqu'il est de 42,85 % contre 26,19 % d'erreur radiologique. Ce pourcentage d'erreur élevé résulte des difficultés diagnostic des ulcéro-cancers aussi bien au cours de l'intervention qu'à l'examen de la pièce opératoire où l'ulcéro-cancer et le cancer ulcériforme présentent l'aspect d'ulcère calleux.

Si nous comparons les résultats de la gastroscopie, de la radiologie et du diagnostic opératoire nous obtenons le tableau n° 9 :

	ulcère	malignité	ne s'est pas prononcé ou douteux
Diagnostic opératoire	42,85 %	40,47 %	16,68 %
Diagnostic radiologique	26,19 %	66,66 %	7,14 %
Diagnostic gastroscopique	35,94 %	52,94 %	11,18 %

Tableau n° 10

De ce tableau nous pourrions conclure que les résultats de la gastroscopie se rapprochent de ceux du diagnostic opératoire. Ce pourcentage élevé d'erreur opératoire a une conséquence thérapeutique qui est l'exérèse limitée pour ulcère bénin alors qu'en fait il s'agissait d'ulcéro-cancer.

Intervention.

L'ulcéro-cancer est le type de cancer où la "résectabilité" est à 100 %.

Les 42 cas ont bénéficié de l'intervention chirurgicale. Le type d'intervention pratiquée est résumé dans le tableau suivant où nous distinguons les gastrectomies partielles, les gastrectomies larges et les totales.

type d'intervention	partielle	large	totale
nombre	28	8	5
pourcentage	66,66	19,04	14,30

Tableau n° 11.

Le délai de survie.

L'étude du délai de survie s'est heurtée à la difficulté de pouvoir suivre les malades, car certains ne sont pas de la région parisienne, d'autres ont été perdus de vue depuis l'intervention, ou encore, ont été suivis peu de temps et ne sont plus revenus à la consultation. Toutefois nous avons écrit à un grand nombre, dans certains cas nous avons pu obtenir des renseignements, dans d'autres cas les lettres sont restées sans réponse.

Nous allons, dans un premier temps, étudier le devenir des 42 malades afin d'objectiver les difficultés rencontrées dans l'appréciation exacte du délai de survie.

Parmi les 42 malades, nous comptons :

- 2 décès post-opératoires

- dont l'un sur la table opératoire,

- et l'autre dans les 5 jours suivant l'intervention.

- 9 malades ont été perdus de vue depuis l'intervention,

- 13 décès par récidives

- 1 décès un mois après l'intervention

- 1 " 2 " " "

- 2 " 6 " " "

- 1 " 10 " " "

- 2 " 1 an " "

- 2 " 2 ans 1/2 après l'intervention

- 1 " 3 ans " "

- 2 " 4 " " "

- 1 " 5 " " "

- 15 malades ont été suivis pendant des durées variables à la consultation puis ont été perdus de vue. Pour ces 15 malades nous avons été obligés de tenir compte de la date de dernière consultation ou de réponse pour l'appréciation du délai de survie.

- 3 malades sont encore en vie actuellement.

Ainsi nous étions amenés d'une part, à classer parmi les décès post-opératoires les 9 malades perdus de vue depuis l'intervention, ce qui majorait le pourcentage de décès, et d'autre part, à classer dans un groupe de délai de survie inférieur les 15 autres malades. Il s'agit là d'une fixation arbitraire du délai de survie mais nécessaire pour pouvoir étudier ce dernier. Cette étude est résumée dans le tableau n° 12.

Délai de survie	> 2 ans	> 3 ans	> 5 ans	> 10 ans
Nombre	18	14	8	2
Pourcentage	42,85	33,33	19,04	4,78

La mortalité obtenue en additionnant les malades perdus de vue et décès post-opératoires est de 57,14 %.

Etude du délai de survie en fonction du siège de l'ulcéro-cancer

Nous avons essayé de rechercher si le développement de l'ulcéro-cancer dans une zone donnée de la muqueuse gastrique pouvait avoir une incidence quelconque sur le délai de survie, mais malheureusement cette étude a montré l'absence de corrélation entre ce dernier et le siège de l'ulcéro-cancer comme nous pouvons le constater dans le tableau n° 13.

Délai de survie	< 2 ans	> 2 ans	> 3 ans	> 5 ans	> 10 ans
P C V	5	1	2	1	1
angle	4	2		1	1
antro pylorique	6	1	4	3	

Délai de survie en fonction de l'importance de l'infiltration néoplasique au niveau de la structure ulcéreuse.

Cette étude a montré l'absence de corrélation entre le délai de survie et cette dernière.

Délai de survie en fonction du degré d'extension de l'ulcéro-cancer.

Cette étude est résumée dans le tableau suivant :

Délai de survie	≥ 3 ans	≥ 5 ans	≥ 10 ans
Type I	2		
Type II		2	
Type III	2		2
Type IV	3	3	

Tableau n° 14

D'après ce tableau nous remarquons que :

- 2 cas de type I ont un délai de survie supérieur à 3 ans
- 2 cas de type II ont un délai de survie supérieur à 5 ans
- 2 cas de type III ont un délai de survie supérieur à 3 ans et 2 cas ont un délai de survie supérieur à 10 ans
- 3 cas de type IV ont un délai de survie supérieur à 3 ans et 3 cas ont un délai de survie supérieur à 5 ans.

Ainsi nous constatons que sur 24 cas d'ulcéro-cancer de type IV, 6 seulement ont un délai de survie supérieur à 3 ans, que sur 11 cas de type III, 4 ont un délai de survie supérieur à 3 ans dont 2 de délai de survie supérieur à 10 ans.

Par contre sur 7 cas d'ulcéro-cancer de types I et II nous ne notons que 3 de délai de survie inférieur à 3 ans alors que sur 35 cas de types III et IV nous notons 25 cas ayant un délai de survie inférieur à 3 ans.

De cette étude, nous pouvons déduire qu'il existe une corrélation entre le délai de survie et le degré d'extension de la transformation.

L'Etude du délai de survie en fonction de l'âge.

Nous avons réparti les âges par tranches de décennies, et calculé des délais de survie supérieurs à trois ans, cinq ans, dix ans. Cette étude est résumée dans le tableau n° 15. Elle n'a pu être menée que dans 33 cas.

Age	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Délai survie > 3 ans	1	3	5	4	1
Délai survie > 5 ans			4	4	
Délai survie > 10 ans				2	

Tableau n° 15

Le délai de survie en fonction du sexe.

La répartition des 42 cas d'ulcéro-cancer est la suivante :

- 32 hommes

- 10 femmes

Cette étude n'a pu être menée que dans 31 cas soit :

- 23 hommes

- 8 femmes

Nous avons constaté que 11 hommes présentaient un délai de survie supérieur à 3 ans contre une seule femme.

Ainsi, si l'âge moyen, au moment où le diagnostic d'ulcéro-cancer est porté, est plus élevé, le pronostic, lui, n'est pas plus favorable.

CONCLUSIONS

Dans ce chapitre nous essayerons de grouper les traits particuliers de l'ulcéro-cancer.

Eléments étiologiques.

L'ulcéro-cancer représente environ près du tiers des cancers douloureux. Sa plus grande fréquence se situe au delà de 50 ans. L'âge moyen de découverte est de 61 ans. Il est nettement plus élevé chez la femme. L'âge moyen au moment de l'apparition des premiers troubles est de 57,8 ans. Il se singularise par sa forte prédominance chez l'homme. La répartition selon le sexe se fait ainsi :

- 23,80 % chez la femme.
- 76,20 % chez l'homme.

Cette répartition rappelle celle retrouvée dans la maladie de Cruveilhier où nous retrouvons :

- 72 % d'ulcères gastriques chez l'homme.
- 28 % d'ulcères gastriques chez la femme.

L'étude des antécédents des malades n'a pas révélé un facteur héréditaire ou favorisant.

Etude clinique.

Sur le plan symptomatique il se manifeste par la douleur. Nous avons distingué 4 syndromes ulcéreux :

- 1 syndrome ulcéreux typique : 42,86 % des cas.
- 1 syndrome ulcéreux atypique : 33,33 % des cas.
- 1 syndrome de dyspepsie hyposthénique : 9,52 % des cas.
- épigastalgies : 14,29 % des cas.

soit au total 76,19 % des cas ayant un syndrome ulcéreux. Si cette symptomatologie douloureuse ne permet pas de soupçonner la malignité, elle a l'avantage d'attirer précocément l'attention du clinicien sur un estomac qui souffre. Certains arguments cliniques peuvent faire suspecter une transformation maligne éventuelle. Si les vomissements ne sont pas un signe constant ni particulier, l'anorexie, par contre, est à rechercher. Elle prend de la valeur surtout si elle est élective pour la viande. L'amaigrissement est un signe important. Il a été retrouvé dans 47,6 % des cas. Son existence attire l'attention sur une éventuelle transformation néoplasique. Il constitue un signe d'alarme lorsqu'il se prolonge ou persiste.

De même l'étude des modifications des douleurs doit attirer l'attention. Ce symptôme a été retrouvé dans 12 ulcéro-cancers.

La résistance au traitement a permis de le soupçonner dans 7 cas.

Examens para-cliniques.

L'étude du groupe sanguin dans l'ulcéro-cancer n'a pas montré une prédominance nette du groupe A. Mais nous ne pouvons pas interpréter les résultats obtenus.

La radiologie.

Reste l'examen fondamental pour le diagnostic des ulcéro-cancers. Elle a permis de faire le diagnostic dans 66,66 % des cas. Elle l'a soupçonné dans 7,14 % des cas et elle l'a rejeté dans 26,2 % des cas. Ce fort pourcentage d'erreur souligne l'importance d'une technique très rigoureuse et la valeur d'une analyse fine des images radiologiques. C'est dans l'ulcéro-cancer que la radiologie rencontre le maximum de difficultés

et où le test thérapeutique trouve sa meilleure indication. La fréquence de l'image radiologique dans l'ulcéro-cancer

- ménisque : 38,10 %
- niche suspecte : 28,57 %
- niche bénigne : 26,2 %
- image atypique : 7,14 %

L'ulcéro-cancer siège très souvent dans la région antro-pylorique 40,47 % des cas. Mais dans 28,57 % des cas il siège sur la petite courbure verticale. Ceci est important car contrairement aux données classiques, la localisation d'un ulcère sur la petite courbure verticale n'élimine point le risque de transformation maligne.

La gastroscopie.

Est également de grande valeur mais elle est moins fidèle que la radiologie. Toutefois confrontée avec la radiologie elle pourrait diminuer le pourcentage d'erreur. Elle a affirmé le diagnostic de malignité dans 52,94 % des cas, la bénignité dans 35,9 % des cas. Elle ne s'est pas prononcée dans 11,2 % des cas. Le pourcentage d'erreur est donc plus élevé que celui de la radiologie. Cependant il faut souligner l'importance de la biopsie dirigée sous contrôle gastroscopique. Elle diminuerait le pourcentage d'erreur.

Le chimisme gastrique.

L'étude du tubage gastrique à l'histamine a permis de trouver dans 30 % des cas une concentration chlorhydrique maxima, un volume de sécrétion et un débit chlorhydrique sensiblement normaux et dans 70 % des cas une hypochlorhydrie de concentration et une hypochlorhydrie de débit.

Rappelons que cette étude n'a pu être menée que dans 14 cas. Toutefois l'existence d'une normo ou d'une hyperchlorhydrie ne doit pas être un argument en faveur de la bénignité.

Sur le plan anatomo-pathologique.

L'ulcéro-cancer peut être associé a un cancer situé à distance ou même à un ulcère. Sur le plan histologique nous constatons que dans très peu de cas la transformation est rest e limitée à la muqueuse ou la sous-muqueuse. L'envahissement de la musculuse et l'atteinte des séreuses et des ganglions était plus fréquents. La distribution des âges au moment où le diagnostic histologique a été porté montre que 59,5 % s'échelonnent de 50 à 69 ans donc à l'âge de la plus grande fréquence du cancer.

Diagnostic et traitement.

L'étude du délai diagnostic a révélé la lenteur d'évolution des ulcéro-cancers. 61,9 % des cas ont une évolution clinique supérieure à 3 ans, avant même que le diagnostic ne soit porté. Dans 28,6 % des cas elle était supérieure à 5 ans. Malgré un délai diagnostic long, les ulcéro-cancers restent de meilleur pronostic que les cancers gastriques habituels. Toutefois, malgré leur manifestation précoce, car il s'agit de cancers douloureux, leur diagnostic est assez fréquemment porté tardivement. Il faut également rappeler l'absence de corrélation entre le délai diagnostic et le degré d'extension de la transformation.

Le diagnostic pré-opératoire résulte de la confrontation des différentes données cliniques et para-cliniques. Nous rappellerons l'importance d'un excellent examen radiologique, la radiologie reste l'examen fondamental dans le diagnostic des ulcéro-cancers. Au cours de l'intervention il n'a été possible de faire le diagnostic que dans 40,5 % des cas.

La bénignité ayant été affirmée dans 42,9 % des cas. Ce pourcentage d'erreur est encore plus important que celui de la radiologie. Les difficultés de diagnostic des ulcéro-cancers aussi bien au cours de l'intervention qu'à l'examen de la pièce opératoire soulignent leur caractère singulier. Cependant les ulcéro-cancers, contrairement aux cancers habituels restent opérables dans 100 % des cas. La mortalité opératoire n'est que de 4,7 %.

L'Etude du délai de survie des ulcéro-cancers a montré que :

- 33,3 % des cas présentaient un délai de survie supérieur à 3 ans.
- dans 19,04 % des cas il était supérieur à 5 ans.

Nous avons déjà souligné les difficultés rencontrées dans l'appréciation du délai de survie. Il s'agit là d'un délai de survie minimum. Nous avons constaté l'absence de corrélation entre délai de survie et délai diagnostic. Par contre, l'étude du délai de survie en fonction de l'importance de l'infiltration néoplasique a permis de trouver une corrélation entre le délai de survie et le degré d'extension.

Le délai de survie en fonction de l'âge et du sexe a été étudié. Ce dernier était plus élevé, d'une part dans la tranche d'âge supérieure à 50 ans et d'autre part, chez l'homme que chez la femme.

BIBLIOGRAPHIE NE CONCERNANT QUE LES
TRAVAUX DES AUTEURS CITES DANS CETTE
ETUDE

A. GUERET - A. LAMBLING :

Contribution à l'étude de la sémiologie radiologique des ulcérations de l'estomac : ulcération en selle - la niche et le ménisque.

ARCH. MAL. APP digestif. 1949- 38 - 1059-1093.

A. LAMBLING et J. GUILLARD :

Les deux formes évolutives du cancer gastrique d'après l'étude de 205 cas de cancer "habituel" et de 50 cancers au début.

ARCH. MAL. APP. digestif. 1948 - 37 - 661-689.

ESCHER J. :

Contribution à l'étude des normes de la sécrétion gastrique.
Problème du choix des témoins.

Mémoire pour le titre d'assistant étranger. Paris 1968.

POTET François.

Cancer superficiel de l'estomac.

Thèse - Paris 1960.

